

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES
PÚBLICAS

Gustavo Benetti

**ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DO PROCESSO
AMBULATORIAL DO HUSM FACE À LEI DE ACESSO À
INFORMAÇÃO**

Santa Maria, RS
2020

Gustavo Benetti

**ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DO PROCESSO
AMBULATORIAL DO HUSM FACE À LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Fernanda Kieling Pedrazzi

Santa Maria, RS
2020

Benetti, Gustavo
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DO PROCESSO
AMBULATORIAL DO HUSM FACE À LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO /
Gustavo Benetti.- 2020.
97 p. ; 30 cm

Orientadora: Fernanda Kieling Pedrazzi
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2020

1. Gestão da Informação 2. Sistema Único de Saúde 3.
Estratégias 4. Políticas I. Kieling Pedrazzi, Fernanda
II. Título.

Gustavo Benetti

**ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DO PROCESSO
AMBULATORIAL DO HUSM FACE À LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas.**

Aprovado em 21 de agosto de 2020

Fernanda Kieling Pedrazzi, Dr^a (UFSM)
(PRESIDENTE/ORIENTADORA)

Sônia Elisabete Constante Dr^a (UFSM)

Lucas Charão Brito Dr (IFSC)

Santa Maria, RS
2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda população que realmente necessita dos serviços do Sistema Único de Saúde brasileiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar saúde e me ter proporcionado tantas realizações em minha vida.

A meu pais por terem me dado a vida e me oportunizado muitas coisas boas durante a minha trajetória;

A minha esposa Jolaine por ser minha companheira inseparável e minha maior motivadora, por crer no meu potencial e por se doar com todo amor através do nosso filho;

Ao meu filho Lorenzo que foi a maior benção que pude ter e que a partir de seu nascimento tudo passa a ter outra ótica a nossa existência;

A minha orientadora Fernanda pelas suas colocações no desenvolver do meu trabalho e que sempre foram de grande valia para o estudo.

A UFSM e ao PPGOP por proporcionarem a realização do meu mestrado de forma gratuita e com profissionais qualificados.

*“Não chores, meu filho;
Não chores, que a vida
É luta renhida:
Viver é lutar.
A vida é combate,
Que os fracos abate,
Que os fortes, os bravos
Só pode exaltar”.*
(Gonçalves Dias)

RESUMO

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DO PROCESSO AMBULATORIAL DO HUSM FACE À LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO

AUTOR: Gustavo Benetti

ORIENTADORA: Fernanda Kieling Pedrazzi

A busca, complexidade e o gerenciamento de informações na área de saúde pública envolvem uma diversidade de questionamentos e necessidades a serem observadas, como: sigilo, divulgação de imagem, honra, pesquisas, pois sabe-se que as instituições de saúde devem ter um controle diferenciado e alinhado na Lei de Acesso à Informação (LAI) nestas questões. Desta forma, existe a necessidade de estratégias que atendam estas demandas tanto para os profissionais quanto para os pacientes e que cumpram as legislações pertinentes e garantam transparência nas suas ações. O trabalho é uma pesquisa com ênfase na gestão da informação em serviços de saúde, sob a ótica da LAI, especificamente no Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM, RS). O estudo teve por objetivo alinhar as atividades de gestão desenvolvidas dentro do Hospital, focadas na área ambulatorial assistencial. Utilizou-se como procedimentos metodológicos a revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas, com intuito de realizar um mapeamento dos processos utilizados nas práticas de gestão da informação no setor, para desta forma instigar os profissionais a adotar as estratégias propostas pela instituição, alinhadas com a LAI e obter um maior controle, qualidade e transparência na gestão da informação e tomadas de decisões. Com a coleta de dados, e através da análise documental, foi mapeado o fluxo dos processos desenvolvidos no setor, e a aplicação dos questionários das entrevistas o que pode fielmente verificar as lacunas do setor e o alinhamento das estratégias de gestão da informação face à LAI, propondo, como resultado, uma lista de sugestões, com intuito de organizar o planejamento de estratégias adequadas que atendam às necessidades dos gestores dos serviços de saúde do HUSM no Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SERAS). E também que estas beneficiem os usuários da instituição, como um todo, cumprindo os requisitos da LAI, garantindo os princípios do SUS e promovendo transparência no acesso as informações dos serviços prestados na área assistencial ambulatorial.

Palavras-Chave: Gestão da Informação. Sistema Único de Saúde. Estratégias. Política.

ABSTRACT

STRATEGIES OF INFORMATION MANAGEMENT OF THE AMBULATORY PROCESS OF HUSM FACE TO THE LAW OF ACCESS TO INFORMATION

AUTHOR: Gustavo Benetti

SUPERVISOR: Fernanda Kieling Pedrazzi

The search, complexity and management of information in the public health area involve a variety of questions and needs to be observed, such as: secrecy, image disclosure, honor, research, as it is known that health institutions must have control differentiated and aligned with the Access to Information Law (LAI) on these issues. Thus, there is a need for strategies that meet these demands for both professionals and patients and that comply with relevant legislation and ensure transparency in their actions. The work is a research with emphasis on information management in health services, from the perspective of LAI, specifically in the Sector of Regulation and Evaluation in Health of the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM, RS). The study aimed to confront the theory with the practice of management activities developed within the Hospital, focused on the outpatient care area, and made use of methodological procedures for bibliographic review, document analysis and semi-structured interviews, in order to carry out a mapping of the processes used in information management practices in the sector, in order to encourage professionals to adopt the strategies proposed by the institution, in line with LAI and obtain greater control, quality and transparency in information management and decision making. With the data collection, and through the documentary analysis, the flow of the processes developed in the sector was mapped, and the application of the interview questionnaires, which can faithfully verify the gaps in the sector and the alignment of the information management strategies in face of the LAI, proposing, as a result, a list of suggestions, in order to organize the planning of appropriate strategies that meet the needs of health service managers at HUSM in the Health Regulation and Evaluation Sector (SERAS) and also that these benefit users of the institution, as a whole, fulfilling the requirements of LAI, guaranteeing the principles of SUS and promoting transparency in access to information on services provided in the outpatient care area.

Key-Words: Information Management. Unified Health System. Strategies. Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução dos gastos com assistência ambulatorial e hospitalar.....	26
Figura 2 – Integralidade dos serviços do Sistema Único de Saúde.....	27
Figura 3 – A informação no mundo atual.....	31
Figura 4 – Desenho percurso metodológico.....	36
Figura 5 – AGHU módulo ambulatório administrativo.....	39
Figura 6 – Notações BPMN para os fluxogramas.....	40
Figura 7 – Organograma Husm – área assistencial.....	48
Figura 8 – Atribuições e atividades do Setor.....	50
Figura 9 – Modelo de escala SISREG.....	55
Figura 10 – Fluxo de Informação para acesso a consultas ambulatoriais.....	56
Figura 11 – Autorização de consultas ambulatoriais via SISREG.....	57
Figura 12 – Exportação do arquivo de consultas do SISREG.....	59
Figura 13 - Importação arquivo TXT de consultas ambulatoriais.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Itens do Artigo 8, incisos 2 e 3 da Lei de Acesso à Informação	33
Quadro 2 – Serviços do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde.....	49
Quadro 3 – Documentos funcionais do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários
BPMN	Modelo e notação de Processos de negócio
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GI	Gestão da Informação
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
HUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
LAI	Lei de Acesso à Informação
NIR	Núcleo Interno de Regulação
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SERAS	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UPIAMA	Unidade de Processamento da Informação Assistencial, Monitoramento e Avaliação
URA	Unidade de Regulação Assistencial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMA DA PESQUISA	17
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo geral	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
1.3 JUSTIFICATIVA	19
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	23
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DEFINIÇÕES E IMPORTÂNCIA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	24
2.3 GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	28
2.4 A LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.....	30
2.4.1 Transparência pública em hospitais universitários	34
3 METODOLOGIA	36
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
3.2 DELINEAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	37
3.3 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA A COLETA DE DADOS	39
3.3.1 Modelador de processos de negócio	39
3.3.2 Revisão bibliográfica	40
3.3 ANÁLISE DOCUMENTAL	41
3.4 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	42
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	43
4.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: UM BREVE HISTÓRICO	43
4.1.1 Modelo de governança da EBSEH	44
<i>4.1.1.1 Projeto gestão da oferta</i>	45
4.2 O SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE: CONTEXTO DE CRIAÇÃO PÓS EBSEH	46
4.3 O SERAS NO CONTEXTO ATUAL	48
4.4 PROCESSO DA INFORMAÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL.....	52
4.4.1 Dados ambulatoriais assistenciais	53
4.4.2 O Sistema Nacional de Regulação	54
4.4.3 Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários: importação de consultas do SISREG	58
4.5 INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTAS.....	60
4.5.1 O currículo dos entrevistados	61
4.5.2 Análise das entrevistas	62
<i>4.5.2.1 As lacunas no gerenciamento da informação no SERAS</i>	65
5 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	78
APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	79
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	80

APÊNDICE D – PRODUTO – AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O SERAS/HUSM....	81
ANEXO A – SOLICITAÇÃO PARA APRECIÇÃO DE PROJETOS.....	85
ANEXO B – LEI Nº 12.527 NA ÍNTEGRA.....	86

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as instituições públicas buscam cada vez mais adaptar-se as novas necessidades de seus usuários. Questões como acesso, transparência, equidade, legalidade, confiabilidade e principalmente agilidade na recuperação das informações, fazem com que os gestores públicos busquem desenvolver estratégias de gestão que facilitem suas atividades cotidianas frente a estes novos desafios. Para Santos *et al.* (2019), quando inseridos em ambientes de prestação de serviços voltados à saúde do ser humano, os profissionais, sujeitos fundamentais nesses ambientes, são cobrados diariamente por uma série de fatores que agregam comprometimento e habilidades perante os processos de trabalho que desenvolvem no dia a dia, ou seja, a resolutividade e adaptação dos indivíduos é fator primordial para se estar inserido nos serviços de saúde pública.

O avanço das inovações tecnológicas, os novos modelos de gestão e de processos produtivos estão provocando mudanças na construção das estratégias e culturas organizacionais corporativas, uma vez que a informação se tornou o ativo principal das organizações (PENIDO, 2017). “O conceito de informação tem sido, é e será o foco de estudo e análise de muitos estudiosos de várias especialidades; informação é muito mais que dados, tem a ver com a ordem das coisas, fatos ou fenômenos registrados de maneira sistemática, em relação a outros fatos ou fenômenos” (PONJUAN, 1998, p.01). Para Vasconcelos e Farias (2017) a informação ocupa lugar de destaque em nossa sociedade, tanto nas relações pessoais quanto nas profissionais. Está-se constantemente usando-a para tomar decisões, resolver problemas cotidianos, produzir conhecimentos.

A gestão de informação constitui-se como uma das áreas menos desenvolvidas no gerenciamento do trabalho no Sistema Único de Saúde, conseqüentemente, esta limitação prejudica amplamente os processos de planejamento e ação na disponibilização pública de serviços públicos médicos e hospitalares no Brasil (BORGES, 2014), está é uma realidade nos hospitais da rede pública federal, inclusive hospitais universitários.

Farias e Araújo (2017) afirmam que a gestão de hospitais no século XXI é invariavelmente complexa, independentemente da região – ainda que certos aspectos dos serviços de saúde sejam mais desafiadores em alguns países como: regulação, financiamento e tecnologias à disposição. As instituições públicas de saúde, também passam por uma profunda reformulação e até mesmo pode-se afirmar uma revolução dos seus processos de gestão, principalmente a partir da promulgação da Lei de Acesso à Informação (LAI) de 2011, a partir do Decreto Nº 7.724 de 16 de maio de 2012, e que trouxe para o cidadão brasileiro uma maior

promoção em transparência pública frente ao acesso nos serviços públicos de saúde ofertados pelas instituições públicas de saúde, que compõem a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Souza (2016), um governo transparente permite que a sociedade acompanhe a gestão pública, que fomente o crescimento da cidadania, ou seja, estimula a participação e o controle social.

Viegas e Penna (2013) afirmam que o SUS é fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil, sendo instituição de caráter federativo, determinando o dever de todos os municípios, dos estados e da União de atuar para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão descentralizada do Sistema nos limites de seu território.

A pesquisa em questão, teve por base buscar quais estratégias de gestão da informação em serviços de saúde pública estão sob a ótica da Lei de Acesso à Informação, no Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM, RS), hospital escola da rede federal de ensino. A gestão na saúde pública brasileira é frágil e deficitária a décadas, Lorenzetti *et al.* (2014) afirmam que no que tange a rede hospitalar brasileira, tem-se o diagnóstico da “existência de inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial” e que estão longe de atender ao exigido para oferecer ‘uma assistência resolutiva, adequada e otimizada’, “no que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe. A gestão na saúde brasileira carece não apenas de mais recursos do Estado, mas sim de gestores qualificados que garantam a manutenção do SUS com uma oferta de serviços mais eficientes para a sociedade.

Souza e Carvalho (2015) ponderam que os hospitais brasileiros vivenciam um momento singular, buscando reinventar suas práticas, otimizar custos e atender as necessidades e expectativas de clientes de fontes pagadoras, em um processo de profissionalização do setor para melhoria de resultados. Nesta mesma linha, Coutinho e Alves (2015) afirmam que o acesso a informação pública é fundamental a participação efetiva da população – consciente de seus direitos e responsabilidades – e para o interesse desta na gestão de bens e recursos, bem como na criação, execução e monitoramento de políticas voltadas para os interesses de todos, o que resulta em administrações públicas mais eficientes, eficazes e transparentes. Magalhães (2018, p.2) conclui que:

Reconhecendo a saúde como dimensão da vida que ultrapassa o cuidado e a configuração dos serviços de saúde e envolve diferentes e complexas relações sociais, culturais e políticas, nos deparamos cotidianamente com o desafio da construção de itinerários abrangentes de reflexão, pesquisa e intervenção. Este esforço é relevante

porque tende a contribuir para o aprimoramento dos processos de tomada de decisão e para a maior efetividade das práticas na área.

Desta maneira, esta pesquisa teve por objetivo dimensionar a teoria com a prática das atividades de gestão dentro do Hospital, de uma forma mais específica na gestão da informação do processo ambulatorial assistencial, uma vez que buscou-se pensar quais as estratégias utilizadas nas práticas de gestão da informação atuais estão alinhadas com a LAI. Por consequência tem – se por intuito instigar os funcionários a adotar mecanismos para se ter um maior controle e qualidade na gestão da informação, tomadas de decisões promovendo transparência, cumprindo assim os requisitos da LAI.

Após um estudo da situação e do diagnóstico de funcionamento do setor, o mapeamento de seus processos informacionais, a existência ou não de estratégias de gestão da informação de vinculadas à LAI e as discordâncias no processo de gerenciamento da informação assistencial, é proposto o planejamento de ações gestão da informação com estratégias que contemplem alguns requisitos da Lei Nº 12.527 de 18 de novembro de 2011.

Com isso, pretende-se que os gestores dos serviços de saúde do HUSM e do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, juntamente com a unidade de regulação assistencial, possam desenvolver suas atividades em conformidade com a legislação vigente, garantindo para o usuário, de forma ágil e eficaz, o acesso as informações aos quais necessita.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMA DA PESQUISA

O Hospital Universitário de Santa Maria, fundado no ano de 1970, é referência no atendimento para 32 municípios que fazem parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Estado do Rio Grande do Sul e, em casos específicos, a outras coordenadorias de saúde do Estado, incluindo diversos outros municípios a abrangência do hospital. Centro de alta/média complexidade em assistência e ensino, hoje atinge uma população em torno de 1,5 milhões de habitantes. A instituição disponibiliza pelos serviços do SUS de forma totalmente gratuita, 403 leitos, 58 salas de ambulatório, 10 salas para atendimento de emergência, sete salas do Centro Cirúrgico e duas salas do Centro Obstétrico.

Gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), desde dezembro de 2013, após contrato firmado entre UFSM e a EBSERH, o HUSM busca dentro de suas diretrizes o atendimento gratuito através do SUS, em consonância com o ensino, a pesquisa e a extensão, garantindo assim o acesso aos serviços públicos prestados pelo Estado.

Neste contexto, o estudo em questão esteve focado no Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SERAS) do Hospital e suas unidades, setor este que gerencia as informações assistenciais, principal elo entre os usuários, servidores e acesso aos serviços do hospital, pois para Pereira Neto *et al.* (2017) apontam que a saúde desponta como uma das principais áreas com informações de interesse para um número crescente de usuários sejam eles pacientes ou profissionais. No entanto, Pinochet *et al.* (2014) diz que nas últimas décadas temos presenciado um processo de transformação e de inovação tecnológica sem precedentes na área da saúde, como consequência, a diferenciação dos serviços da saúde em seus subsetores públicos e de mercado é aprofundada.

Historicamente, as informações em saúde no Brasil têm como característica a fragmentação, múltiplas fontes, baixa qualidade dos dados, disponibilização em formato que dificulta sua apropriação pelos gestores e pelo controle social (MORAES, 2010) ou seja, a rede de atenção à saúde (Municípios, Estados e Instituições de Saúde) do Estado brasileiro não atende as demandas da população e profissionais em geral, tornando o SUS um sistema oneroso e pouco eficaz na prestação dos serviços e produção de conhecimento.

Desta maneira, a gestão de informações na área de saúde pública envolve uma série de problemáticas e questões que refletem as necessidades dos usuários na busca pelos serviços do SUS, pois os processos de gestão do SUS são apoiados por um conjunto de sistemas de informação de abrangência nacional, com funcionalidades para as áreas epidemiológicas, ambulatoriais, hospitalares e administrativas. (COSTA E MORAIS, 2013).

Com isso, sabe-se que instituições de saúde, sejam públicas ou privadas necessitam desenvolver mecanismos de controle diferenciados com base na LAI sobre estas questões que envolvem o gerenciamento de informações. Cunha e Souza (2017) argumentam que o exercício da gestão pública em saúde se constitui em um desafio para os gestores, visto a complexidade do setor, as diversidades dos espaços de produção e a dinamicidade dos serviços. A falta de um processo de planejamento administrativo estratégico no setor, a não existência de manuais de gerenciamento que busquem uma maior eficiência nos serviços prestados e também a incipiente transparência pública, demonstraram a necessidade de estratégias que atendam estas demandas, tanto para os profissionais administrativos e assistenciais e principalmente para os pacientes em consonância com as legislações que regulam a área da saúde.

O trabalho desenvolvido possui sua temática com ênfase em estratégias de gestão da informação em serviços de saúde, alinhadas a da Lei de Acesso à Informação no setor de regulação e avaliação em saúde do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), órgão descentralizado da UFSM sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Após realizar uma identificação e análise do processo de gestão da informação no referido setor da instituição de saúde pública, com intuito de objetivar os passos seguintes como identificar falhas nesses processos e propor mecanismos que atendam às necessidades da instituição, do setor e dos usuários, cumprindo assim os requisitos da LAI, a fim de promover transparência pública, a pergunta que guiou a pesquisa:

Como funcionam as estratégias de gestão da informação existentes no SERAS/HUSM que contemplem a Lei de Acesso à Informação?

1.2 OBJETIVOS

A seguir são apresentados os objetivos principal e secundários da pesquisa:

1.2.1 Objetivo geral

Alinhar estratégias de gestão da informação no Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do Hospital Universitário de Santa Maria com base na Lei de Acesso à Informação.

1.2.2 Objetivos específicos

São objetivos específicos desta pesquisa:

- Verificar o processo de gestão da informação no Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;
- Identificar as discordâncias do Setor com relação à gestão da informação de acordo com o artigo 8º da LAI;
- Propor mecanismos de gestão para o Setor do HUSM analisado, com enfoque na transparência pública.

1.3 JUSTIFICATIVA

Para Garbin *et al.* (2008) o mundo presenciou, nos últimos 20 anos, uma intensa e radical transformação tecnológica que, entre outras consequências, tem proporcionado um crescimento acentuado do acesso à informação. Os mesmos autores afirmam que a saúde é uma

das áreas onde há, cada vez mais, informação disponível para um número cada vez maior de pessoas.

Em decorrência disto sabe-se que a gestão da informação possui um alto valor em instituições privadas e, a alguns anos ganha um reforço de visibilidade através da Lei Nº 12.527/2011, a Lei de Acesso à Informação, nas instituições públicas e mais especificamente nas instituições de saúde como os hospitais universitários. Neri (2016, p. 9) diz que “a informação é essencial nos processos de planejamento e de tomada de decisão da gestão, auxiliando na análise da situação de saúde, monitoramento e avaliação de ações, serviços e programas, o que é fundamental para estabelecer prioridades, alocar e gerir recursos de forma a melhorar as condições de vida e saúde”. Fortunato e Pinto (2018) argumentam que a gestão da informação e organização do conhecimento tem sido estudada em diversas perspectivas, e estudos têm apontado novas áreas de abrangência como auxiliares no desempenho organizacional, no qual visa à organização, acompanhamento, planejamento, revisão e cumprimento do papel social das organizações.

Santos e Valentim (2014) consideram que diante da complexidade que envolve a informação, a gestão da informação é responsável por atender as necessidades e demandas informacionais dos sujeitos organizacionais, em uma dinâmica contínua, ou seja existe a necessidade de se criar estratégias que se adequem as realidades institucionais e que acompanhem esse dinamismo da produção, disseminação e recuperação de informações. Penido (2017) salienta que ao se considerar o volume de produção de informações gerados pelo setor público, pode-se perceber uma ausência de políticas de governo para a gestão da qualidade da informação e isso compromete, de certa forma, a transparência pública e a geração de informações fidedignas e confiáveis que são utilizadas como subsídios na tomada de decisão pelos gestores.

A recuperação e a gestão de informações na área de saúde pública englobam diversos quesitos que se relacionam ao sigilo de informações, imagem, honra, pesquisa, transparência pública, e demais garantias aos cidadãos, pois sabemos que em instituições de saúde deve - se possuir mecanismos de controle mais rigorosos e eficientes baseados na Lei Nº 12.527, sendo assim, existe a necessidade de estratégias que atendam estas demandas, tanto para os profissionais quanto para os usuários dos serviços públicos de saúde, cumprindo as legislações pertinentes e para que reafirmem os princípios norteadores da administração pública como: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e eficácia, para proporcionar aos gestores públicos um melhor desempenho em suas atividades, nas tomadas de decisões e

consequentemente projetar melhor os serviços oferecidos a população com transparência pública.

Conforme argumenta Souza (2016), o governo brasileiro a luz do princípio democrático e da necessidade de uma administração transparente, busca a condução de uma visibilidade da atuação estatal, assim como à viabilização da participação da sociedade de forma efetiva, a fim de que esta seja capaz de atuar na deliberação pública acerca dos interesses coletivos. O divisor de águas desta maior inserção dos cidadãos nas atividades do Estado brasileiro, foi a promulgação da LAI sem nenhuma dúvida.

A idealização deste estudo surgiu durante a jornada diária de trabalho, na gestão do processo para as consultas ambulatoriais que é o foco principal do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do Hospital Universitário de Santa Maria. Sendo assim, percebeu-se a falta de um canal de acesso interativo, prático e equânime aos usuários que buscam informações pertinentes a assistência ambulatorial. Por consequência disso, este acesso carece para os gestores e profissionais que operacionalizam os encaminhamentos dos municípios da rede básica de atenção à saúde, que são os responsáveis em inserir as informações necessárias no que tange aos agendamentos das consultas ambulatoriais de pacientes dos seus municípios de referência até a entrada no HUSM. Somavilla argumenta que o acesso a informações pode ocorrer por diferentes motivos:

Da necessidade ou curiosidade do cidadão que vai em busca daquilo que deseja saber, ou do interesse do próprio governo em se fazer transparente, divulgando através dos meios de comunicação, informações sobre suas ações que julguem de interesse e utilidade pública (2015, p. 34).

Cavalcanti *et al.* (2013) afirmam que “assim, quando proporcionado ao cidadão o direito de solicitar acesso às informações públicas, há possibilidade de acompanhar a gestão e o andamento de políticas públicas de forma mais eficiente e, sobretudo, participativa e inclusiva”.

Portanto, esta pesquisa tem relevância social, pois abordou informações que são primordiais para o funcionamento de serviços públicos de saúde na área ambulatorial assistencial (consultas ambulatoriais e assistência multiprofissional ao paciente) com o foco no SERAS do HUSM. Buscou-se também, através desta pesquisa, colaborar para alinhar e propor estratégias de gestão da informação que contribuam para uma melhoria significativa na identificação das demandas dos serviços, na regulação do acesso as informações para os pacientes e profissionais, pois na conjuntura atual, “implantar condições para que o acesso às

informações se realize efetivamente, é o avanço buscado pelos cidadãos conscientes” (SOMAVILLA, 2015, p. 34), cumprindo as funções institucionais de caráter público que a LAI propõe, sua função social para os usuários dos serviços de saúde.

Por outro lado, além de ter uma função social, a Lei de Acesso à Informação para Barros *et al.* (2018) atua como um mecanismo para o exercício de outros direitos, pois ela redimensiona a transparência pública, a legitimidade do Estado junto à sociedade, bem como o direito à saúde, ao meio ambiente, à educação, à moradia, dentre outros, ou seja, a LAI surge para proporcionar aos cidadãos uma maior visibilidade dos seus direitos perante ao Estado, e também empoderando-os à fiscalizar de forma mais efetiva e transparente os serviços públicos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Foram retomados os principais elementos teóricos e conceituais sobre políticas públicas de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), sua importância e definições, promulgação da Lei de Acesso à Informação (LAI), gestão da informação, transparência pública, estratégias de gestão relacionadas aos serviços de saúde, alinhados especificamente no SERAS/ HUSM, com intuito de balizar através das teorias as etapas seguintes da pesquisa.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O conceito de políticas públicas aparece na literatura na visão de diversos autores como Bobbio (2002), Lynn (1980) e Peters (1986), sendo que no caso deste estudo o termo será abordado com conceito voltado para o uso governamental nos serviços de saúde. Souza (2006, p. 26) resume o conceito de política pública como sendo o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).

Ainda para a mesma autora “a formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programa e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2006, p. 26).

Conforme Figueiredo e Junior (2017) historicamente as políticas de saúde no Brasil aparecem subordinadas aos interesses políticos e econômicos, refletindo alterações diretas em suas práticas sempre que uma nova forma de poder surge determinando um novo modelo a ser seguido. Governos pós governos não produzem políticas que satisfaça as necessidades populacionais, Gomes (2018, p. 15) argumenta em seu estudo que infelizmente, “o Brasil traz em seu histórico práticas que ainda caracterizam a administração pública brasileira e que comprometem significativamente o desempenho desta no planejamento e gestão das políticas públicas”. Para o mesmo autor, o patrimonialismo, clientelismo, nepotismo, entre outras, são algumas dessas práticas que influenciam diretamente no ciclo das políticas públicas no Brasil, certamente na área de saúde pública também.

As políticas públicas de saúde no caso do Estado brasileiro têm suas bases na Constituição Federal de 1988 e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e já estão consolidadas através de normas de saúde, emendas, leis, decretos, conselhos, etc. que através

dos anos foram sendo adaptadas à nova realidade da sociedade moderna. Assis e Jesus (2012) ponderam que:

As políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda existente; e construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral.

As políticas públicas de saúde brasileira começaram a serem mais efetivas a partir de 2002 com atuação dos governos sociais democrático, aonde proporcionou-se um maior acesso a políticas públicas de saúde a nível nacional em diversas áreas, como por exemplo: área social, educação e conseqüentemente saúde pública. Por isso, para Ferraz e Kraiczyk (2017), as políticas para promoção deste acesso devem ser construídas e implementadas por meio da gestão descentralizada nas três esferas de gestão e com a participação da comunidade em todas as etapas.

O Brasil vive um período histórico difícil: instabilidade política, insegurança jurídica, crise econômica, ataque sistemático aos direitos sociais e trabalhistas, às políticas e às universidades públicas, privilégios crescentes ao mercado e cortes no orçamento, inclusive para a ciência e tecnologia (CAMPOS, 2018), e também a área da saúde pública, afetando diretamente as políticas de saúde públicas e conseqüentemente o Sistema Único de Saúde brasileiro, ou seja, o Brasil conforme cita Saldiva e Veras (2018) necessita de um sistema público unificado de saúde e que o princípio liberal de privatizar serviços não é a melhor alternativa para a maior parte da população de nosso país.

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DEFINIÇÕES E IMPORTÂNCIA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Sabe-se que a saúde pública brasileira é notícia diária nos meios de comunicação há décadas. Lotação de hospitais, filas intermináveis, espera para cirurgia, recursos escassos, mal administrados e ou desviados de seu destino, enfim governo após governo as reivindicações da sociedade são as mesmas, quase sempre não possuindo suas demandas atendidas.

O artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) diz que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Este artigo define a universalidade do Sistema Único

de Saúde brasileiro que foi legalmente instituído pela Lei N° 8.080¹ de 19 de setembro de 1990 que em seu título II, artigo 4º incisos 1º e 2º defende que:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990).

“O advento do SUS se deu em um contexto de luta por mudanças que se voltavam não apenas à uma política específica, mas buscavam-se mudanças mais amplas, que envolviam um projeto de sociedade” (CUNHA, 2018, p. 27).

A efetivação do Sistema Único de Saúde cria uma enorme rede de acesso a serviços de saúde pública, de forma gratuita a toda população brasileira. Ferraz e Kraiczky (2017) afirmam que o desafio posto pelo Sistema Único de Saúde é de que a política de saúde no Brasil se construa e se implemente na perspectiva do acesso universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las.

Apesar de grandes avanços no que tange ao acesso aos serviços públicos de saúde disponibilizados pelo SUS, historicamente grande parcela da população brasileira carece de assistência à saúde por diversos fatores, Paim (2013) afirma que:

“ainda há muito que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. E pondera ainda que seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde”.

Segundo Giovanella *et al.* (2018) reiteram que, embora a implementação do SUS tenha sofrido constrangimentos e contradições, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e a expansão de serviços públicos trouxeram avanços importantes. O SUS, apesar de todos os problemas e fragilidades, é, sem dúvida, uma conquista de todos os brasileiros e deve ser aprimorado para que possa cumprir de forma efetiva, eficaz e eficiente com o seu papel de um sistema universal de saúde (GOMES, 2018).

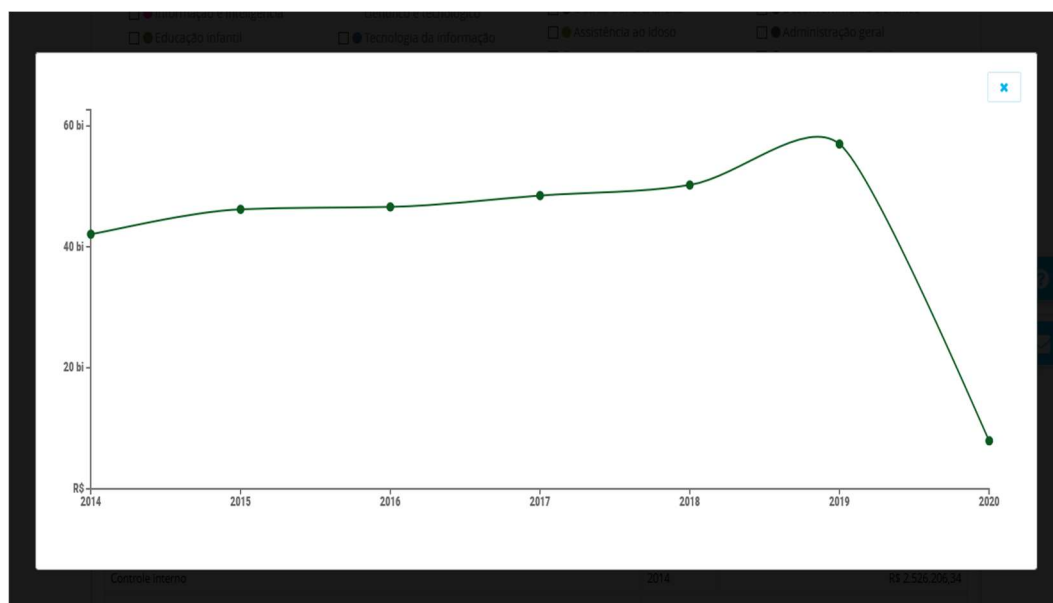
Entretanto para Saldiva e Veras:

¹ Lei Federal de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

São conquistas do SUS e exemplos para o mundo, o nosso sistema nacional de transplantes, o sistema de hemocentros, o resgate de emergências e atendimento pré-hospitalar em situações de acidentes, o tratamento da Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids), a distribuição de medicamentos para o controle de doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão e diabetes), os sistemas de vacinação capazes de imunizar milhões de brasileiros em apenas um final de semana, a produção nacional de vacinas para as doenças negligenciadas ou emergentes, bem como a expansão do programa saúde da família (2018, p.48).

Pereira (2018) afirma que o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído para garantir a saúde como um direito social a todos os cidadãos e dever do Estado brasileiro, tem como financiador os entes federados: União, estados, Distrito Federal e municípios, ou seja, além da gestão, o financiamento do SUS tem a responsabilidade dividida entre as três esferas de poder, de acordo com legislação específica para este tema. Na Figura 1 pode-se ver a evolução do financiamento do SUS ao longo dos anos em assistência hospitalar e ambulatorial desde o ano de 2014 até o ano de 2020:

Figura 1 - Evolução dos gastos com assistência ambulatorial e hospitalar



Fonte: Disponível em: <http://www.portalthtransparencia.gov.br> Acesso em: jan 2020.

O acesso ao SUS é universal e irrestrito em todo o território nacional nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, sendo referência para milhões de brasileiros, e que, caso não contemple certos serviços, as instituições privadas podem participar em caráter eventual conforme o que dita a Lei Nº 8.080/1990. Giovanella et. al (2018, p. 1773) configuram o SUS como sendo:

Um sistema universal de saúde com desenho territorializado e previsão de rede hierarquizada em níveis de atenção integrados. Em consonância às diretrizes de descentralização e participação da sociedade, o SUS incorporou em sua estrutura institucional e decisória instrumentos para a democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde entre os distintos entes governamentais e a sociedade civil. Orientado pela diretriz de integralidade, o desenho do sistema considera a integração entre ações de saúde pública e cuidados individuais, com garantia de atenção em todos os níveis de complexidade, conforme a necessidade, sem definir uma cesta restrita de serviços.

Portanto, o Sistema Único de Saúde propõe uma integralidade ou regulação de todo processo assistencial ao seu usuário, conforme vemos na Figura 2:

Figura 2 – Integralidade nos serviços do Sistema Único de Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da Lei Nº 8080/90.

Chaves *et al.* (2018) reiteram que devido à interdependência dos atores e organizações envolvidas, o conceito de integralidade nos remete ao conceito de integração de serviços,

fazendo-se necessário desenvolver mecanismos de coordenação e cooperação entre provedores assistenciais, para uma gestão eficiente dos recursos coletivos. Integrando o processo desde a unidade básica até os hospitais referencias em alta/média complexidade, promovendo um atendimento multiprofissional de forma totalmente gratuita, buscando garantir as políticas de saúde propostas aos seus usuários. De acordo com Barbosa *et al.*. (2016) a regulação assistencial representa, portanto, uma estratégia de conformação do sistema de saúde no âmbito do SUS, vez que busca conciliar as demandas dos usuários e a oferta de serviços de saúde, buscando atender aos princípios constitucionais do SUS, em especial a integralidade do cuidado. Ainda para Barbosa *et al.*. (2016):

O processo regulatório se organiza, no âmbito do SUS, através de um conjunto de ações mediatas desenvolvidas em um complexo regulador, que se traduzem em fluxos assistenciais, protocolos de regulação, centrais de leitos, centrais de consultas e exames, e formalização de processos de trabalho correspondentes à atuação dos profissionais envolvidos.

Desta forma os serviços de saúde ofertados pelo SUS brasileiro envolvem as três esferas governamentais Federal, Estadual e Municipal de maneira conjunta e indissolúvel legalmente disposta de forma clara na Lei Nº 8.080/1990.

Este modelo de regulação atribui critérios para cada esfera governamental, impondo obrigações, responsabilidades e normas para o gerenciamento dos serviços oferecidos a população em geral, pois cabe lembrar que o SUS exerce um controle social (direto ou indireto) em todo o território nacional frente aos seus usuários. Entretanto Brito e Vidal (2013) afirmam que para garantir, de fato, o caráter universal e integral imputado ao SUS, é mister que se incorpore a participação de atores empoderados na formulação, fiscalização, execução e manutenção de políticas de saúde, visão em consonância com a ideologia da LAI.

2.3 GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Para Vasconcelos e Farias (2017), na atual conjuntura social observamos um crescente aumento no acesso e uso da informação, tornando-a relevante no processo de tomada de decisão em diversos campos do saber. A informação passa a ocupar lugar de destaque nas relações humanas e também passa a ser utilizada como matéria-prima no campo científico e tecnológico.

A gestão da informação nos dias atuais torna-se cada vez mais importante para a tomada de decisão nas empresas, sejam privadas ou públicas, especialmente, nos serviços de saúde é

uma necessidade muitas vezes “vital” para o andamento dos processos, pois afeta diretamente o usuário. Borges (2014, p. 86) considera que:

A importância da gestão de informação em saúde pública é verificada no momento em que se compreende que a informação é um instrumento da tomada de decisão, o que permite a observação do perfil social e sanitário da população e a elaboração de medidas capazes de atender adequadamente as demandas por serviços de saúde. A gestão da informação permite ampliar possibilidades na formulação de estratégias e na criação de oportunidades para o desenvolvimento de novas atividades.

De acordo com Fortunato e Pinto (2018), a gestão da informação é considerada como a ação sistêmica de procurar e entender as necessidades informacionais de uma organização e disponibiliza-las para a solução de problemas organizacionais, ou seja, a Gestão da Informação (GI) é primordial para a governança das instituições, principalmente para o planejamento de ações e na tomada de decisão.

Sendo assim, Brandão (2017, p. 27):

defende que com o advento do que se convencionou chamar de “era digital” e o uso de novas Tecnologias de Informação, a forma de produção e distribuição de informações se tornou mais dinâmica, ágil e necessária, ou seja, em instituições públicas de saúde esta necessidade de gestão é de grande valia para atender as demandas dos pacientes e cumprir com os preceitos do SUS.

Pode-se salientar também, que a gestão da informação é primordial para o profissional da informação, que no cenário atual tem suas funções, atribuições em constantes mudanças para adaptar-se as novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICS) em sua área de atuação. Santos e outros autores (2019, p. 2) afirmam que:

Dentre as várias áreas que este profissional atua, destaca-se a da saúde, onde irá atuar em diversas especialidades, desempenhando atividades voltadas à informação e ao conhecimento, não se restringindo a realizar somente atividades do processamento técnico, mas que sejam relacionadas à Gestão da Informação (GI), onde o profissional da informação irá coletar, selecionar, avaliar, processar, armazenar informações, bem como organizar os fluxos informacionais da instituição, proporcionando informações estratégicas para a equipe, bem como inovações tecnológicas com informações relevantes para subsidiar os profissionais da área da saúde a tomarem as melhores decisões quanto a tratamentos, terapias e o diagnóstico do paciente.

O processo de gestão da informação nos ambientes de saúde, possui uma complexidade e interesse maior que outras áreas, pois em instituições de saúde as informações produzidas tem caráter assistencial, ou seja, produz-se informações referente à saúde das pessoas, seu tratamento e continuidade do mesmo, garantido por lei o sigilo da maioria das informações médicas produzidas e ou registradas nas instituições. Santos e Damian (2019) consideram que

se atualmente a informação vem ganhando posição de destaque nas organizações, sejam elas públicas ou privadas, é importante trabalhar o processo de GI no contexto das organizações públicas de saúde, que têm se desenvolvido, buscando maneiras de inovar e melhorar seus serviços diante dessa nova sociedade, em que a informação ganha destaque e relevância.

Já para Correia (2019) a análise da gestão da informação pelas organizações representa uma oportunidade de mapeamento informacional de processos de trabalho e atividades capazes de identificar deficiências provocadoras de disfunções em operações que acarretam na desorganização dos serviços prestados e em prejuízos diversos para colaboradores, usuários e financiadores, ou seja consegue – se desta forma identificar a realidade institucional e assim planejar ações futuras no melhoramento dos processos e conseqüentemente dos serviços ofertados aos cidadãos.

2.4 A LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

O acesso à informação pública brasileira demorou anos para desenvolver – se e ainda está se desenvolvendo apesar dos grandes avanços na gestão pública, pois muitos são os fatores que impedem a qualidade nos serviços públicos brasileiros, dentre eles: a corrupção nas esferas governamentais em diversos níveis hierárquicos nos três poderes da união, as legislações ultrapassadas que de certa forma impedem punições maiores aos agentes públicos, baixos salários, falta de conhecimento, burocracia entre outros.

Atualmente, a produção e grande quantidade de registros e a busca pela recuperação das informações é cada vez maior nas instituições públicas e privadas, ou seja, Santos e Damian (2019) afirmam que a Gestão da Informação (GI) é uma ferramenta importante para as organizações, pois é capaz de articular práticas de valor à informação que está inserida nesses ambientes, mais evidente no caso de instituições de saúde pública. Bezerra e outros autores (2017) ponderam que o grande volume e a alta velocidade das informações que circulam pelos mais diversos canais existentes nas sociedades contemporâneas fazem com que seja cada vez mais urgente a aquisição de ferramentas necessárias para a absorção, avaliação e utilização dessas informações pelos indivíduos. Moraes (2010) acredita que tanto a produção e tratamento da informação em saúde, quanto as formas de seu uso pressupõem decisões políticas e econômicas plenas de relações de poder e produção de conhecimento; são, portanto, historicamente determinadas, ou seja, as informações em serviços de saúde são centradas em “interesses” conforme demonstra a Figura 3.

Figura 3 - A informação no mundo atual



Fonte: Livro: Salas de situação em saúde compartilhando as experiências do Brasil (2010, p. 25).

O detalhamento do caminho da informação, desenhado na Figura 3, explicita os interesses envolvidos e suas relações entre si nas informações em serviços de saúde. Moraes e Santos (1998) pontuam que a análise da evolução das informações em saúde parece indicar que este campo temático vem se constituindo em um vigoroso e dinâmico espaço estratégico de produção de saber e relações de poder, em disputa pela direcionalidade de uma Política de Informações em Saúde, ou seja ao longo dos anos a percepção dos usuários no que tange ao acesso as informações em saúde evoluiu consideravelmente através de políticas públicas efetivas propostas pelo Estado.

Desta forma, o direito de acesso à informação fica instituído no Brasil com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que em seu Artigo 5º inciso XXXIII propõe de forma clara que:

Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado (BRASIL, 1998).

O direito de acesso à informação, segundo Brito e Vidal (2013), fortaleceu a democracia brasileira, visto que a proteção às liberdades civis, na qual o direito de acesso à informação se assenta, é condição necessária de todo governo democrático. Os mesmos autores reiteram

que esta iniciativa está em consonância com o disposto em diversos instrumentos internacionais de direitos humanos, os quais reconhecem e consagram o acesso à informação como um direito fundamental de todos os indivíduos. Santos e outros autores (2016) afirmam que o acesso à informação não obtém, por si só, da capacidade de produzir efeitos sem atentar-se aos interesses da coletividade. Sendo assim, a LAI torna-se um importante instrumento governamental de alcance social que para Santos *et al.* (2016):

Infere-se, nesse dispositivo, que ao Poder público não compete somente a divulgação das informações públicas ou particulares de interesse dos cidadãos. Mais que isso, é preciso, em prol da transparência dessas informações, que o governo busque gerir e proteger os documentos adequadamente, dando-lhes suporte estrutural necessário para que estes sirvam, de modo qualificado, a promoção do acesso às informações. Assim, o direito de acesso à informação, além do seu aspecto material, compreendendo uma prestação positiva do Estado em oferecer informação à sociedade sobre sua atuação enquanto gestor administrativo, comporta um aspecto instrumental, pois revela-se uma ferramenta que oportuniza a população conhecer seus representantes e suas decisões e atuações políticas.

Seguindo uma tendência mundial, já aplicado em diversos países, a partir de 2002, com o ingresso de um partido de esquerda com a eleição do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o modelo de estado brasileiro volta-se para o perfil social democrata, e questões como acesso à informação e transparência assumem papel importante nas ações e políticas de governo. Para Brito e Vidal (2013) a LAI tem modificado a percepção social quanto à propriedade e distribuição da informação, ao conferir autonomia e empoderamento individual, ou seja, o cidadão sentiu-se mais seguro em buscar seus direitos de uma maneira mais abrangente.

Batista (2010) cita que as reivindicações ocorridas em vários países, dentre eles o Brasil, por direito de acesso à informação pública nos chamam a atenção para um fator que extrapola o âmbito jurídico da questão. A mesma autora afirma que além da legalidade e da legitimidade, o direito de acesso a informação pública também traz implicações práticas sobre o que se entende por informação pública e qual tipo de acesso se está pleiteando (BATISTA, 2010).

A Lei de Acesso à Informação instituída em 18 de novembro de 2011, no governo da então presidenta Dilma Rousseff, foi considerada um marco legal nas ações dos serviços públicos, pois garantiu aos cidadãos que os órgãos da administração pública federal sejam obrigados a dispor as informações as quais os usuários necessitam com exceções expressas na Lei. Conforme o Artigo 7º da LAI, o acesso à informação e seus itens I ao VII de que trata esta compreende, entre outros, os direitos de obter dos órgãos e instituições públicas, no que cabe destacar o item V, aonde expõe que todo cidadão tem direito a informação sobre atividades

exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços (BRASIL, 2011), o que, segundo Barros e outros autores (2018), possibilita, ainda, ao cidadão ser um partícipe no monitoramento, na avaliação e no controle social da ação e da tomada de decisões pelo Estado, que resulta na legitimidade, qualidade e eficiência da gestão pública.

Em instituições de saúde pública, existem certas restrições ao acesso às informações, por questões pessoais, éticas, médicas e legais para preservação, segurança do paciente e garantia de direitos como a privacidade, por exemplo.

O Artigo 8 diz que é dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas (BRASIL, 2011), e também o [...]§ 2º e § 3º, itens I à VIII que fala em promover as informações da Lei Nº 12.527 na internet garante aos usuários que todos os órgãos e instituições públicas do Governo Federal cumpram os seguintes requisitos, dispostos no Quadro 1.

Quadro 1 – Itens do Artigo 8, incisos 2 e 3 da Lei de Acesso à Informação

Nº ITEM	DESCRIÇÃO
I	Conter ferramenta de pesquisa de conteúdo que permita o acesso à informação de forma objetiva, transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão;
II	Possibilitar a gravação de relatórios em diversos formatos eletrônicos, inclusive abertos e não proprietários, tais como planilhas e texto, de modo a facilitar a análise das informações;
III	Possibilitar o acesso automatizado por sistemas externos em formatos abertos, estruturados e legíveis por máquina;
IV	Divulgar em detalhes os formatos utilizados para estruturação da informação;
V	Garantir a autenticidade e a integridade das informações disponíveis para acesso;
VI	Manter atualizadas as informações disponíveis para acesso;
VII	Indicar local e instruções que permitam ao interessado comunicar-se, por via eletrônica ou telefônica, com o órgão ou entidade detentora do sítio; e
VIII	Adotar as medidas necessárias para garantir a acessibilidade de conteúdo para pessoas com deficiência, nos termos do art. 17 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, e do art. 9º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Brasil (2011).

A Lei de Acesso à Informação adicionou novas obrigações às instituições públicas, reforçando o dever do Estado em garantir o Direito de acesso à informação de forma

transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão, dispondo também sobre a obrigação da divulgação de informações em sítios oficiais da rede mundial de computadores (BRASIL, 2011), conforme os itens apresentados no Quadro 1.

2.4.1 Transparência pública em hospitais universitários

A partir do segundo governo do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva (2010) e nos governos seguintes (Dilma Rousseff 2010 - 2014 e 2014 - 2016), o Brasil, através de sua democracia representativa, consolida um modelo de Estado com uma maior ênfase em transparência, ou seja, a sociedade brasileira vivenciou uma gradativa mudança em sua estrutura estatal. Governo após governo foram se reestruturando as novas necessidades dos cidadãos no que diz respeito as ações governamentais e a uma quebra de paradigmas na máquina pública brasileira, o que não deixou de ser também a área da saúde.

Para Filgueiras (2011) o conceito de transparência, por conseguinte, tem se tornado uma espécie de lugar comum na política contemporânea, estando presente no discurso político como uma verdade irrefutável. Já Brito e Vidal (2013), argumentam que o conceito de transparência envolve ações de visibilidade e acessibilidade às informações e ações governamentais, com vistas a disponibilizá-las de forma útil e confiável à sociedade. Brandão (2017, p. 16) discorre que “a transparência pública é tema que vem ganhando destaque nos cenários nacional e internacional, isso também porque permite o controle social, constituindo mecanismo de capacitação do cidadão e fortalecimento da gestão pública”.

Sant’ Ana e Rodrigues (2013) comentam que esse fortalecimento pode ser garantido com a construção de ambientes democráticos que, entre outras características, proporcionem possibilidades de novos fluxos informacionais entre Estado e sociedade, garantindo assim uma maior visibilidade sobre a gestão da coisa pública. Somavilla (2015, p. 34) defende que “para que o processo de transparência ocorra, é necessário que constantemente sejam efetuadas ações de gestão dos documentos e informações geradas pelas instituições públicas em todas as esferas governamentais”, portanto em instituições de saúde pública este gerenciamento deve-se muito mais rigoroso e efetivo nas ações dos gestores, proporcionando assim transparência nas informações de caráter público a sociedade.

Os governos brasileiros anteriores criaram, ao longo dos anos, legislações e mecanismos estatais voltados para a transparência, podendo citar como exemplo: o portal da transparência gerenciado pela controladoria geral da União e Lei da Transparência durante o governo Lula e o marco da transparência pública que foi a criação da LAI no governo Dilma.

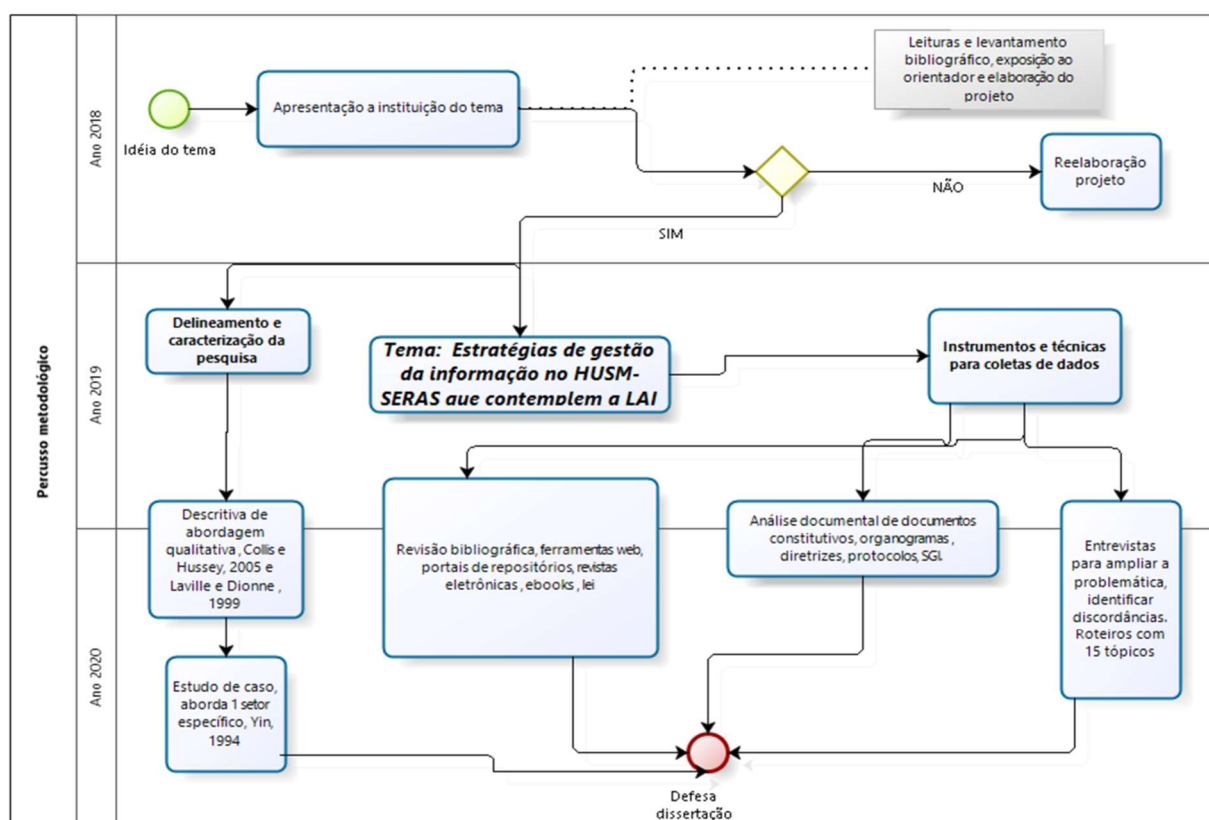
Em estudo intitulado “Transparência passiva: a Lei de Acesso à Informação no Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário”, Souza (2016, p. 21) argumenta que “estes marcos fortalecem a divulgação das ações do Estado”, ou seja, a transparência pública fomenta a participação da sociedade com um envolvimento de diferentes níveis buscando uma análise crítica da Administração Pública. Segundo a mesma autora, no decorrer das últimas décadas, os meios de acesso à informação no Brasil aumentaram de forma gradual, acompanhados de uma busca, promoção, de uma cultura de transparência pública (SOUZA, 2016).

Já para Brandão (2017, p. 27) “o maior acesso aos serviços públicos, controle sobre gestão de recursos e garantia de direitos aos cidadãos resulta em maior nível de eficiência da máquina estatal, diminuição da corrupção, e aumento da transparência nas contas e atos públicos”, pois os cidadãos visivelmente estão cada vez mais conscientes dos seus direitos frente aos serviços públicos e também possuem o conhecimento de que os serviços são custeados com os impostos buscando uma transparência nas ações governamentais.

3 METODOLOGIA

O desenho da pesquisa e sua temporalidade, foi ilustrado através de fluxograma de processos, construído em um software gratuito para algumas funcionalidades, denominado Bizagi Modeler Process (Modelador de processos Bizagi), software esse com notação e modelagem BPMN (Business Process Model and Notation) feito para sistema Windows, ao qual utilizou – se como raias do modelo os anos de 2018, 2019 e 2020. Sendo a elaboração do projeto início do evento, desenhando-se todas tarefas e atividades transcorridas durante o projeto até aplicação dos métodos com utilização das entrevistas, elaboração das análises, conclusões e por fim como resultado, ou evento final, a dissertação de mestrado e sua posterior defesa conforme segue na Figura 4.

Figura 4 - Desenho percurso metodológico



Fonte: Elaborado pelo autor.

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No estudo realizado buscou-se analisar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SERAS) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), pois o mesmo é responsável pela regulação e gestão da oferta e também na execução da maior parte dos serviços de saúde na área ambulatorial assistencial no município de Santa Maria (RS). O Setor oferta consultas ambulatoriais em diversas especialidades classificadas em alta/média complexidade, tornando o HUSM referência a todos os municípios da 4ª Coordenadoria Regional da Saúde (CRS).

Para resolver a problemática da pesquisa e atingir os objetivos, faz-se necessário planejar etapas, defini-las de maneira que assegurem de forma válida e confiável os dados coletados na pesquisa que posteriormente serão utilizados para discorrer as conclusões. O método, para Laville e Dionne (1999, p. 12), indica regras, propõe um procedimento que orienta a pesquisa e auxilia a realizá-la com eficácia.

3.2 DELINEAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo em questão caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, fazendo uso de uma estratégia de abordagem qualitativa que, segundo Silva e Menezes (2005, p. 20), considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números.

A pesquisa é do tipo estudo de caso com a temática em estratégias de gestão da informação alinhadas à Lei de Acesso à Informação, em um setor específico de uma instituição pública de saúde, mais especificamente um hospital universitário.

Collis e Hussey (2005, p. 24) afirmam, nestes casos, que a pesquisa avaliará que teorias e conceitos existentes podem ser aplicados ao problema ou se novas teorias e conceitos devem ser desenvolvidos. O método para a pesquisa geralmente é muito aberto e concentra-se em reunir uma ampla gama de dados e impressões acerca do tema.

Optou-se pelo estudo de caso, pois acredita-se que este é o método mais adequado aos objetivos propostos pelo estudo, sendo que para Laville e Dionne (1999, p. 156):

A vantagem mais marcante dessa estratégia de pesquisa repousa, é claro, na possibilidade de aprofundamento que oferece, pois os recursos se veem concentrados no caso visado, não estando o estudo submetido as restrições ligadas a comparação do caso com outros casos. Ao longo da pesquisa, o pesquisador pode, pois, mostrar-se mais criativo, mais imaginativo; ter mais tempo de adaptar seus instrumentos, modificar sua abordagem para explorar elementos imprevistos, precisar alguns

detalhes e construir uma compreensão do caso que leve em conta tudo isso, pois ele não mais está atrelado a um protocolo de pesquisa que deveria permanecer o mais imutável possível.

O estudo de caso consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados (GIL, 2002, p. 54). Portanto a escolha do referido setor (SERAS/ HUSM) deve-se pela grande necessidade diária no desenvolvimento dos processos que são atribuições do pesquisador como servidor público do regime jurídico único lotado no setor, sendo responsável por toda gestão relacionada ao processo assistencial relacionado aos ambulatórios ou seja, as consultas ambulatoriais, desde sua mensuração da capacidade instalada de oferta para a rede básica de saúde (quantitativo de consultas ofertadas) representada pelo órgão gestor Estadual a 4ª Coordenadoria de Saúde do Estado, o gerenciamento das agendas (grades) ambulatoriais das atividades de ensino, pesquisa e extensão e também assistencial e também as atividades rotineiras desenvolvidas diariamente no setor, realizando – se as importações de consultas do SISREG e monitoramento do acesso dos pacientes as consultas, tudo via aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários (AGHU) sistema interno do hospital e utilizado por toda rede EBSEH, através do módulo ambulatório.

O módulo ambulatório, conforme Figura 5, propõe as funcionalidades utilizadas na operacionalização nos processos relacionados as consultas ambulatoriais e também foi com a ideia de identificar as lacunas, falhas nas estratégias utilizadas para as tomadas de decisões, com intuito de, após atingidos os objetivos, propor mecanismos que auxiliem o acesso as informações para os usuários, que garantam maior eficiência nos serviços e principalmente transparência nos fluxos internos e externos do setor, alinhados aos requisitos propostos na Lei de Acesso à Informação.

Figura 5 - AGHU módulo ambulatorio administrativo



Fonte: <https://husm-aghu.ebserhnet.ebserh.gov.br/aghu/>

3.3 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA A COLETA DE DADOS

Nesta seção são abordados os instrumentos e materiais para coleta dos dados no desenvolver do presente estudo. Para Silva e Menezes (2005) a definição do instrumento de coleta de dados dependerá dos objetivos que se pretende alcançar com a pesquisa e do universo a ser investigado, pois o estudo em questão compreende o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do Hospital Universitário de Santa Maria.

O HUSM é uma instituição de saúde pública localizada no centro do Estado do Rio Grande do Sul voltada para o ensino, pesquisa, extensão e assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde, sendo referência em serviços especializados de alta e média complexidade para 32 municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado de forma gratuita, totalizando um número de mais de 1,5 milhões de pessoas.

3.3.1 Modelador de processos de negócio

O modelador de fluxo de processos Bizagi, foi utilizado nesta pesquisa para elaborar outros fluxos de processos que corroborassem para ilustrar e ou demonstrar ações necessárias que buscou-se explicar, como por exemplo no mapeamento dos processos do acesso as consultas ambulatoriais (Figura 10), o percurso metodológico Figura 4. Este instrumento

utilizado definitivamente foi de grande valia, este recurso apoiou robustamente a elaboração dos fluxos para expor ideias propostas neste estudo.

Os fluxogramas foram elaborados de acordo com a definição de cada funcionalidade proposta nos eventos pelo *software* Bizagi, sendo assim, cada fluxograma desenhado no *software* e utilizado nesta pesquisa, possui uma definição para os símbolos utilizados, as notações BPMN, que seguem conforme Figura 6 são a base para todos os fluxogramas de processos utilizados nesta pesquisa.

Figura 6 - Notações BPMN para os fluxogramas.



Fonte: Disponível em: <https://br.pinterest.com/magalhaes0452/infogr%C3%A1ficos-heflo/> Acesso em: 08 mai. 2020.

A utilização de um modelador de processos de negócios como instrumento auxiliar na elaboração dos fluxos de processos serviu para demonstrar na pesquisa, de forma mais clara e exata, os processos de negócios do setor, ilustrando-os. Pode-se afirmar que este procedimento metodológico foi de grande valia durante o desenvolvimento do trabalho, visto que o *software* em questão é altamente utilizado e reconhecido na elaboração de processos de negócios nas organizações.

3.3.2 Revisão bibliográfica

Inicialmente, a ferramenta utilizada para compor a revisão bibliográfica dos conteúdos e conceitos retomados foi a internet com acesso web. Foram realizadas buscas de materiais

específicos a resolução do problema de pesquisa, como artigos em portais de periódicos, repositórios conceituados, revistas, *ebooks*, teses e dissertações, lei, decretos, instruções normativas e emendas. Foram reunidos materiais relacionados à área de saúde pública, políticas públicas, transparência, gestão da informação em serviços de saúde. Em sua maior parte, optou-se em uma busca ativa em repositórios e portais de periódicos da área.

Esta primeira etapa envolveu leituras, organização e análises dos assuntos que sequencialmente embasassem a revisão da literatura da área, de forma satisfatória para poder corroborar o estudo com autores da temática apresentada neste estudo.

3.3 ANÁLISE DOCUMENTAL

Esta etapa da coleta de dados compreendeu uma busca ativa em documentos (independente do seu suporte e formato) constitutivos e de organização e funcionamento do setor. Buscou – se analisar organogramas, diretrizes, procedimento operacional padrão, protocolos, aplicativos e sistemas de gestão da informação assistencial que foram utilizados para mapear o fluxo da informação no setor através das análises documentais.

Yin (1994, p. 105) afirma que os documentos devem ser cuidadosamente utilizados e não se deve tomá-los como registros literais de eventos que ocorreram. Junior *et al.* (2017) concluem que na análise documental essa dinâmica suscita a ideia da inserção no contexto, amparado na noção da natureza da representação, cuja variação determina as concepções que se infere, ou seja, com a análise documental busca-se identificar e analisar o processo de gestão da informação no setor, identificando suas falhas com relação aos requisitos da Lei de Acesso à Informação - LAI (conforme foi exposto no Quadro 1), para, desta maneira, mapear os fluxos da informação assistencial que corroborem para atingir os um dos objetivos elencados de forma satisfatória e eficiente.

O SERAS, juntamente com a Unidade de Regulação Assistencial, dentre uma de suas funções representativas dentro do Hospital Universitário de Santa Maria é o gerenciamento e regulação das consultas ambulatoriais, ou seja, no acesso ao HUSM através dos ambulatórios a gestão é de responsabilidade do Setor. O processo mapeado no Setor durante a pesquisa é o modelo de acesso utilizado atualmente para as consultas nas diversas especialidades da capacidade instalada da Instituição.

3.4 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Com o objetivo de dispor e absorver um maior conhecimento pela problemática da pesquisa é utilizada a técnica de entrevista semiestruturada para atingir o objetivo proposto que é identificar discordâncias do Setor com relação à gestão da informação de acordo com a LAI.

A entrevista é uma das fontes de informação de estudo de caso das mais importantes (YIN, 1994, p. 103). No estudo em questão as perguntas utilizadas serão abertas, pois buscou-se a opinião dos gestores entrevistados. Yin (1994, p. 104) afirma que as entrevistas de estudo de caso são de natureza de resposta aberta, na qual você pode perguntar aos respondentes por fatos de um assunto assim como conhecer as opiniões dos respondentes sobre os acontecimentos.

O roteiro preparado para a coleta de dados por meio de entrevistas foi adaptado das necessidades dos entrevistados e sua disponibilidade. O roteiro tem 15 tópicos, divididos em duas partes. A primeira parte foi composta de três questões relacionadas ao currículo do entrevistado, e a segunda parte com 12 questões específicas relacionadas ao tema da pesquisa. As entrevistas foram pensadas para serem aplicadas a três servidores, mediante agendamento prévio, que realizam a gestão do setor específico: um com cargo de administrador, outro com cargo de enfermeiro e, por último, um médico, sendo que para a apresentação e análises das entrevistas, e suas citações, atribuiu-se a codificação para os entrevistados na seguinte ordem: E1, E2 e E3 de modo a preservar a identidade dos mesmos. Pontuou-se sobre o Termo de Confidencialidade e o Consentimento Livre e Esclarecido e mediante concordância e autorização dos participantes as entrevistas foram realizadas e posteriormente transcritas para evitar a perda de informações.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentam-se aqui os resultados obtidos com a aplicação da pesquisa referentes aos objetivos específicos: verificar o processo de gestão da informação no Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; identificar as discordâncias do Setor com relação à gestão da informação de acordo com o artigo 8º da LAI e propor mecanismos de gestão para o Setor do HUSM analisado, com enfoque na transparência pública.

A apresentação destes dados se dá em três níveis: primeiro os dados referentes ao HUSM, na sequência o Setor em questão, suas subdivisões e a descrição pormenorizada do processo de acesso a consultas ambulatoriais, as análises das entrevistas no que tange a Lei de Acesso à Informação e transparência pública, por fim a proposta de mecanismos de gestão da informação que de melhor atendam a realidade do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde.

4.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: UM BREVE HISTÓRICO

O Hospital Universitário ou Hospital escola iniciou suas atividades em 1959, com a criação do Hospital Regional de Tuberculose de Santa Maria, construído na Rua Floriano Peixoto, no centro da cidade de Santa Maria (RS). Em 1960 a Universidade de Santa Maria (USM) foi fundada pelo professor José Mariano da Rocha Filho, a partir da Lei Nº 3.834-C, que criava a Universidade de Goiás e a Universidade de Santa Maria.

No ano de 1970, esse hospital se transformou no Hospital Universitário Setor Centro. O Hospital Universitário de Santa Maria iniciou efetivamente suas atividades no campus da UFSM, no Bairro Camobi, em 1º de julho de 1982, sendo o seu regimento interno aprovado em 16 de dezembro de 1987 na 405ª sessão do Conselho Universitário e, posteriormente, o Conselho Universitário instituiu o Hospital como órgão integrante da administração central.

O HUSM, sendo um hospital escola, idealizado para o ensino, pesquisa e extensão, teve seus serviços com base nos princípios do Sistema Único de Saúde, tornando-se referência a diversos municípios da região central do Rio Grande do Sul. “O hospital representa um importante campo de práticas a estudantes de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde e demais cursos e programas da UFSM nas áreas do ensino e da pesquisa” (UFSM, 2016, p. 17).

Anteriormente à assinatura do contrato pelo modelo de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2013, o Hospital Universitário de Santa Maria tinha a oferta de seus serviços centrada nas mãos dos profissionais (assistência e ensino). A regulação

assistencial não tinha resolubilidade e, conseqüentemente, a participação dos serviços na pactuação da produção do Hospital era pequena, ou seja, não se tinha conhecimento da contratualização com o gestor estadual (4ª CRS), o que fazia com que o contrato de prestação de serviços como órgão executante não era integralmente cumprido, pois havia dificuldade em se obter dados de produção precisos em grande parte a pouca informatização dos serviços do Hospital e também pela falta de um mapeamento preciso dos fluxos informacionais que afetavam diretamente a produção.

Com o início e implantação do modelo de governança da EBSEH, os serviços do Hospital Universitário foram totalmente reestruturados durante o período de 2014 até 2020. A EBSEH, sendo a maior rede de hospitais de ensino do país, tem como visão: “Ser referência nacional no ensino, na pesquisa, na extensão e na inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada e de qualidade em média e alta complexidade, e na gestão hospitalar, atuando de forma integrada com a universidade e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde”, em concomitância com os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro.

O modelo adotado trouxe mudanças ao HUSM em suas grandes áreas, implementando-se novos conceitos de gestão em serviços de saúde, novas tecnologias, aumento expressivo do número de profissionais da área de saúde, serviços e atendimentos a população. Enfim, houve um crescimento do processo de regulação, o que afetou diretamente a melhoria nos registros assistenciais e muitos processos de trabalho, aperfeiçoando indicadores.

A mudança oportunizou aos gestores projetar ações para a melhoria das estratégias de gestão, voltadas para a os fluxos das informações disponibilizadas aos usuários e colaboradores e tendo como desafio o fortalecimento dos serviços ofertados dentro dos princípios institucionais e do SUS.

4.1.1 Modelo de governança da EBSEH

Para se compreender melhor o funcionamento do SERAS no HUSM, foram retomados brevemente conceitos sobre a empresa no que tange o seu modelo de governança corporativa, utilizado e adaptado a realidade dos hospitais da rede.

O modelo de governança da EBSEH baseia-se em práticas corporativas modernas e atuais, com intuito de aprimorar o desempenho da empresa frente aos novos desafios da educação e também da saúde, buscando excelência em sua atuação nos serviços ofertados para

com a sociedade, com base nos princípios da transparência, equidade, responsabilidade corporativa entre outros.

Dentre os documentos que se destacam encontram-se leis, normas, cartas, o regimento interno na empresa, seu estatuto social, manuais, cadernos de processos, diretrizes entre outros, regidos por três políticas internas da empresa, que são: Política de Transações com Partes Relacionadas, Política de Gestão de Riscos e Controles Internos e, uma das mais importantes, Política de Divulgação de Informações. Todas estas informações encontram-se divulgadas em *site* de domínio público e servem como modelo para a organização da estrutura administrativa dos hospitais pertencentes à rede, suas gerências, divisões, unidades e no estudo em questão dos setores, neste caso o SERAS.

4.1.1.1 Projeto gestão da oferta

A partir 2010, através do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), com marco inicial pelo Decreto Nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010 que assim, adotaram-se metodologias para reestruturação física e tecnológicas dos hospitais universitários, juntamente com aumento progressivo financeiro, melhoria significativa dos processos de gestão e a busca pela excelência nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, não esquecendo a assistência ao paciente, principal ativo mantenedor do Sistema Único de Saúde, o que culminou com a criação da EBSEH. Empresa responsável pela gestão em uma rede de 40 hospitais federais de ensino em todo território nacional, através de seu modelo assistencial e gerencial.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), em criada em 2010, integra um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às Universidades Federais. Por meio de contrato firmado com as Universidades Federais, atua no sentido de modernizar a gestão dos Hospitais Universitários.

A complexidade de gerenciar e administrar esta rede de hospitais de diferentes Estados, com diferentes modelos e culturas organizacionais impõem uma gama enorme de dificuldades. Adotar boas prática para a gestão e administração hospitalar fez com que a empresa pensasse estrategicamente para implantar um modelo de regulação assistencial que englobasse diversos campos como gestão do conhecimento, gestão da informação, regulação assistencial, aliados a uma gestão financeira eficiente.

A EBSEH contratou, no ano de 2014, uma consultoria estrangeira para desenvolver e implantar dispositivos de gestão nos hospitais da rede. O projeto intitulado Gestão da Oferta,

contemplou três hospitais da rede HUFMA, HUOL e o Hospital Universitário de Santa Maria, recebendo a consultoria por dois anos.

O objetivo principal do projeto foi a implantação de dispositivos de regulação assistencial centrados na atenção das necessidades dos pacientes, atendendo grandes desafios que a empresa teve que implantar como: mudança cultural, a melhoria da gestão dos hospitais, implementação de um novo marco funcional e operativo envolvendo a reestruturação do modelo organizativo, o reordenamento do modelo de atenção, a implantação dos dispositivos de gestão da clínica e de mecanismos de regulação assistencial, dentre os quais, a gestão da oferta de serviços, a implantação de acordos internos de gestão que reflitam as metas contratualizadas com o gestor do SUS, buscando uma melhora contínua dos serviços ofertados pelo SUS na assistência ao paciente e na formação de profissionais.

Esta pesquisa foi baseada nesse modelo de gestão da oferta dos serviços, centralizados nas necessidades dos pacientes, tendo como setor estratégico para o projeto o SERAS, que será analisado de forma mais profunda na seção seguinte.

4.2 O SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE: CONTEXTO DE CRIAÇÃO PÓS EBSEH

Apesar desta pesquisa ter sido desenvolvida em uma instituição pública de saúde, não utilizou informações clínicas relacionadas aos pacientes e sim assistenciais administrativas relativas aos fluxos dos processos operacionais e informacionais no que dizem respeito aos serviços ofertados no Hospital, com ênfase no Setor de Regulação e Avaliação em Saúde na área ambulatorial assistencial, informações estas que são de caráter público, o que é garantido pela LAI.

Após busca ativa por documentos regimentais, constitutivos, organogramas no Setor, pesquisas em *sites* do governo federal brasileiro e no *site* da EBSEH, as informações corroboraram para a elaboração de um breve histórico de criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e adesão dos Hospitais Universitários (HUFS) ao seu modelo de gestão.

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF)², criado e gerenciado pelo Ministério da Educação tem como diretrizes: 1- Instituição de

² O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf) foi criado por meio do Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 e define diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br> Acesso em: 23 abril 2019.

mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; 2 - Melhoria dos processos de gestão; 3 - Adequação da estrutura física; 4 - Recuperação e modernização do parque tecnológico; 5 - Reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e 6 - Aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Em 15 de dezembro de 2011 é publicada no Diário Oficial da União a Lei Nº 12.550/2011, pela então Presidenta da república Dilma Rousseff, instituindo a criação da Empresa. Trata-se de uma empresa pública unipessoal com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, ligada ao Ministério da Educação. Dentre as finalidades da EBSEH destaca-se o que consta no Artigo 3º da Lei Nº 12.550/2011.

A prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

No Artigo 4º da mesma Lei é explicitada a sua principal competência, ou seja, administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS. A empresa foi criada com intuito de reorganizar o modelo de gestão dos serviços nos hospitais de ensino, com a finalidade de atender as necessidades do ensino e assistência, e buscar cumprir os princípios básicos do SUS: universalidade, integralidade e equidade acesso.

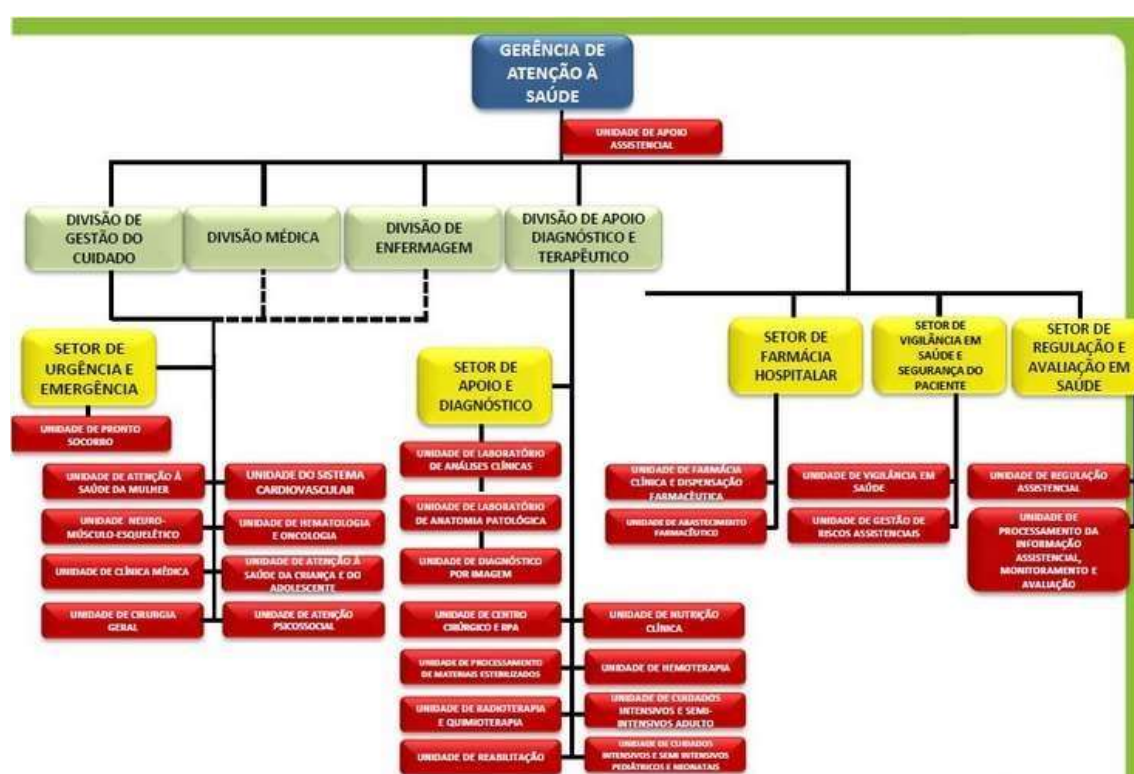
Após assinatura do contrato com a empresa, em 13 de dezembro de 2013, e adesão da UFSM ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, no ano de 2014, foi realizado concurso público e iniciaram-se as atividades dos primeiros empregados públicos regidos pela Consolidação da Leis do Trabalho (CLT) no HUSM.

Com a vinda da EBSEH para o Hospital Universitário de Santa Maria, alteram-se a maioria dos modelos de gestão e processos do Hospital, dentre estas mudanças cria-se na estrutura organizacional o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SERAS). Este setor é suma importância para o funcionamento dos serviços ofertados pelo Hospital, por ser um setor estratégico dentro da estrutura organizacional. O mesmo vincula os serviços para o acesso ao Hospital (internação e ambulatório) e os processos de faturamento, monitoramento e avaliação dos serviços prestados na assistência ao paciente pelo Sistema Único de Saúde.

4.3 O SERAS NO CONTEXTO ATUAL

O Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, setor instituído na estrutura organizacional do HUSM após início e implantação do modelo de governança da EBSERH, está ligado à Gerência de Atenção à Saúde, conforme visualiza-se no organograma do Hospital, apresentado na Figura 7.

Figura 7 – Organograma HUSM - área assistencial



Fonte: Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-UFSM/informacoes/institucional/organograma>
Acesso em: 23 abril 2019.

O Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, dentro da estrutura organizacional da Instituição é responsável por duas unidades instituídas: a) a Unidade de Regulação Assistencial (URA), está tem como atribuição a gestão do processo ambulatorial (consultas e procedimentos ambulatoriais) e internação realizadas através das especialidades disponíveis no Hospital, e b) a Unidade de Processamento da Informação Assistencial, Monitoramento e Avaliação (UPIAMA) que realiza todo processo administrativo relativo ao faturamento, monitoramento e avaliação dos serviços realizados no Hospital. Fazem parte ainda dos serviços do Setor o

Serviço de Arquivo Médico e Documentação Clínica (SAME), Serviço de Programação de Lista Cirúrgica e o Núcleo Interno de Regulação (NIR). Pode-se visualizar de forma mais clara a distribuição das unidades e dos serviços ligados ao Setor no Quadro 2 apresentado a seguir.

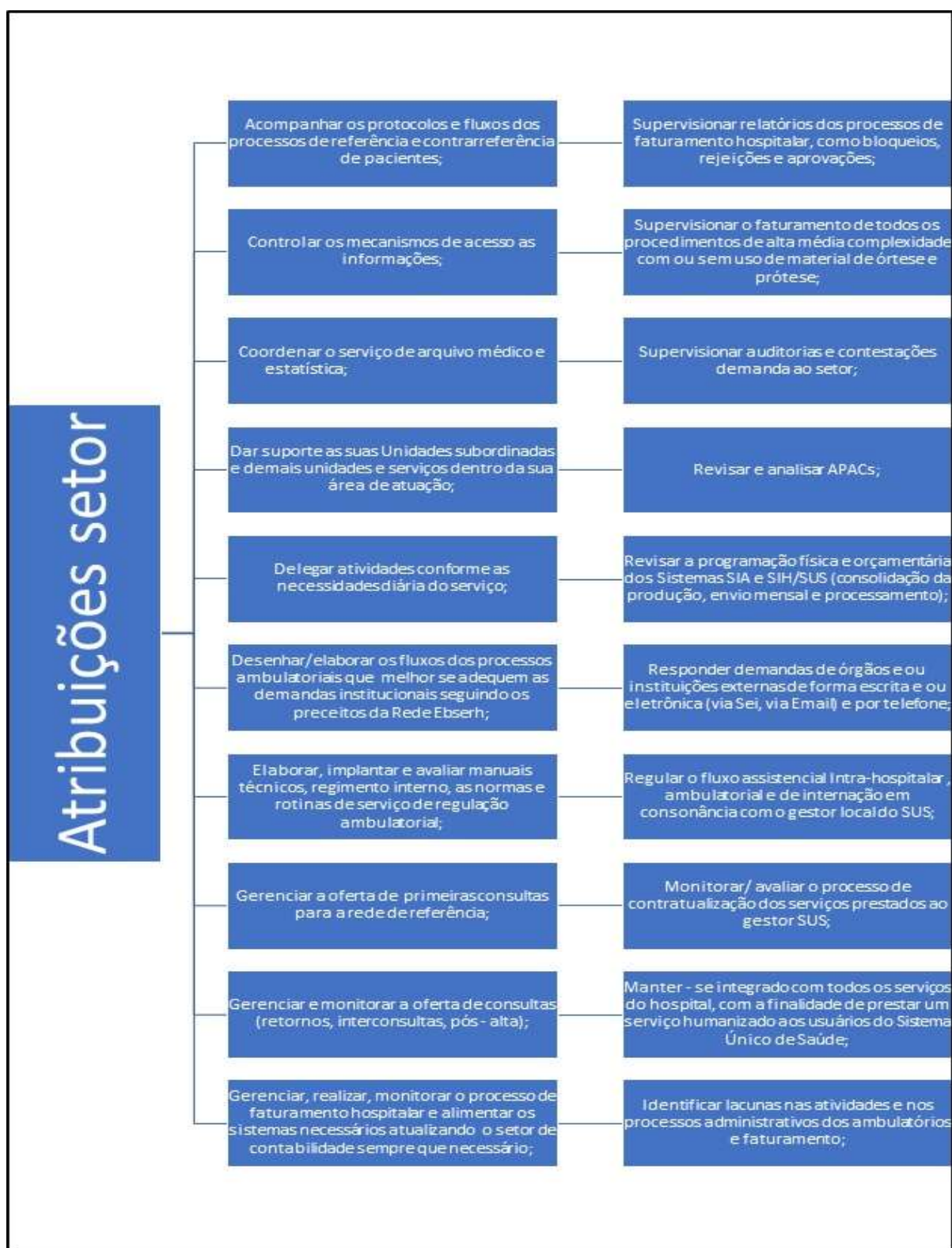
Quadro 2 – Serviços do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	
<p>-Unidade de Regulação Assistencial</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestão do processo ambulatorial; ➤ Gestão do processo de Internação; ➤ Central de agendamento de consultas; ➤ Serviço de demanda do paciente. 	<p>-Unidade de Processamento da Informação Assistencial, Monitoramento e Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Serviço de estatística; ➤ Serviço de faturamento ambulatorial; ➤ Serviço de faturamento de internação.
<p>-Serviço de gestão de arquivo médico e documentação clínica; -Serviço de Programação de lista cirúrgica; -Núcleo interno de regulação.</p>	

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Setor, sendo responsável por diversos serviços e unidades na instituição, tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito da rede de serviços de saúde integrantes do SUS, sendo o elo entre o prestador de serviço e suas unidades operacionais, o que impõe diversas atribuições e responsabilidades ao Setor, o que pôde ser constatado durante o estudo. Podemos visualizar na Figura 8, apresentada a seguir, cada uma dessas atribuições e atividades:

Figura 8 - Atribuições e atividades do Setor



Fonte: Elaborado pelo autor

Após busca documental, elaborou-se um quadro explicativo com as legislações precursoras da criação do Setor no âmbito da rede EBSERH, normas, diretrizes, políticas, manuais, etc. O Quadro 3 demonstra todos documentos encontrados durante o período dedicado para esta etapa da pesquisa e que, direta ou indiretamente, relacionam-se com as atividades do Setor desenvolvidas na instituição.

Quadro 3 - Documentos funcionais do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

TIPO DOCUMENTAL	FUNÇÃO
Diretrizes de regulação assistencial Gestão do processo ambulatorial	Este documento aborda um conjunto de atividades sequenciais implicadas na gestão da oferta de Consultas, balizando – as com critérios para o seu gerenciamento, além de definir uma terminologia homogênea e identificar os responsáveis pela realização destas atividades no HUF. Além disso, o modelo considera fortemente a necessidade de inserção do HUF na Rede de Atenção à Saúde, materializada na dimensão sistêmica da regulação e formalizada por intermédio das metas contratualizadas junto ao Gestor SUS.
Diretrizes de regulação assistencial Gestão de arquivo e documentação clínica	Essa diretriz destina-se a sistematização das principais atividades, mecanismos e tarefas desenvolvidas pelo serviço de arquivo e documentação clínica do HUSM em suas funções rotineiras. Compreende o ato de identificação e o processo de entrada e saída de prontuários dentro da estrutura hospitalar, seu tratamento, guarda e disseminação das informações.
Diretrizes de regulação assistencial Gestão do processo de internação	Compilação sistemática de instruções com um formato padrão para que sirva como um adequado valor de referência. É um conjunto detalhado de instruções em outras palavras é um plano permanente que contém orientações detalhadas para lidar com as ações que ocorrem na maioria das vezes em uma organização relacionadas a internação.
Diretrizes de regulação assistencial Gestão de lista de espera cirúrgica	Estabelecer critérios homogêneos para uma adequada gestão da demanda cirúrgica eletivos no hospital e também definir critérios que permitam uma gestão integral da lista de espera cirúrgica e que englobe desde a indicação cirúrgica, até a resolução do processo e defina as responsabilidades dos diferentes níveis de gestão da lista de espera cirúrgica.
Organograma da área assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria	O organograma (Figura 7) demonstra a posição e ligação do Setor na estrutura hierárquica Institucional dentro da Gerencia de atenção a saúde, cargo maior no organograma da área assistencial.

Fonte: Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm> Acesso em: 13 jan. 2020

O Quadro 3 pontua os documentos que regram as atividades dos serviços do setor e que amplificam e reforçam a atuação do SERAS com um setor estratégico dentro da Instituição.

O Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, após levantamento realizado no sistema AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários, tem como responsabilidade o gerenciamento de 586 agendas ambulatoriais com a condição de ativas no sistema, gerando um volume de 19.000 a 25.000 consultas mês nas diversas especialidades médicas e não médicas

voltadas para a alta e média complexidade ofertadas pelo Hospital, totalizando 270.591 consultas em 2019. Já no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) “porta de entrada” para hospital através do ambulatório, são oferecidas mensalmente uma média 1500 a 2000 primeiras consultas em 50 especialidades médicas, podendo variar nos meses não letivos (agendas de ensinos) e também pelas férias, atestados ou licenças de profissional detentor de agenda.

Entre os diversos serviços operacionalizados pelo SERAS, descritos na Figura 8, está o gerenciamento do processo de 16.499 internações por ano e 7.881 cirurgias eletivas conforme Relatório de Estatística³ com indicadores levantados do sistema AGHU ano de 2019, visto que todas informações produzidas nestes serviços passam pela gestão e o conhecimento do Setor. Devido a abrangência, amplitude, complexidade do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e a limitação de tempo, o estudo focou-se nas informações da área ambulatorial assistencial.

4.4 PROCESSO DA INFORMAÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL

O fluxo da informação do SERAS, aqui analisado, tem base na gestão da informação ambulatorial (consultas ambulatoriais). Já os outros serviços não serão analisados devido ao limitador de tempo para o estudo e, também, o quantitativo de informações a ser analisado, recuperado e trabalhado.

Dentre os serviços listados no Quadro 2, o foco deste estudo será a Gestão do processo ambulatorial que é atribuição da Unidade de Regulação Assistencial do SERAS. De acordo com Barbosa et.al (2016) o termo regulação assistencial, busca viabilizar a organização hierarquizada da rede assistencial por meio da definição de processos, fluxos assistenciais e protocolos de regulação, com intuito de garantir os serviços de atenção e rede de saúde, equidade de acesso e integralidade dos serviços, ou seja, todo processo relativo a gestão da informação com foco nas consultas ambulatoriais. O serviço ambulatorial, conforme Diretrizes⁴ de Gestão do processo ambulatorial (primeiro tipo documental exposto no Quadro 3):

Atua no desenvolvimento de ações junto aos serviços assistenciais, possibilitando o acompanhamento e monitoramento dos resultados relativos ao atendimento do usuário. Este serviço possui os seguintes objetivos: Gerenciar a oferta do atendimento

³ Indicadores hospitalares, dados estatísticos do Husm. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/sobre/superintendencia/indicadores>. Acesso em: 18 mar. 2019.

⁴ Diretrizes de Gestão do Processo Ambulatorial - Portaria Nº 108, de 07 de junho de 2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/servicos/diretrizes-da-regulacaoassistencial> Acesso em: 23 abril 2019.

multiprofissional desenvolvido em consultas e procedimentos eletivos nas diversas especialidades do HUSM; possibilitar e estimular as atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico; apoiar e possibilitar o desenvolvimento de projetos pedagógicos dos cursos com atuação e campo de ensino no HUSM, atendendo às necessidades acadêmicas.

A Unidade de Regulação Assistencial possui atribuições consideradas indispensáveis ao funcionamento da própria Unidade e do SERAS, das quais pode se destacar uma delas: a de serem delegados poderes ao Setor ou à Unidade de estabelecer normas técnicas de funcionamento com a finalidade de uniformizar os procedimentos para melhor prestação de serviços aos usuários, ou seja, dentro da estrutura administrativa do Hospital, o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde juntamente com a Unidade de Regulação Assistencial podem planejar, coordenar, executar, supervisionar as atividades desenvolvidas pelo serviço e propor mecanismos que atendam as demandas necessárias.

Para se entender melhor os fluxos de informação referentes aos serviços do SERAS e da Unidade de Regulação Assistencial, durante o processo de análise documental foram elaborados os fluxos informacionais para a Gestão do processo ambulatorial, ou seja, buscar-se-á mapear todo fluxo do processo informacional relativo aos serviços ambulatoriais (consultas) do HUSM para analisar os processos do Setor, identificar as discordâncias nestes processos e verificar quais estratégias estão voltadas e/ou cumprem requisitos da LAI, promovendo transparência pública e qualidade nos serviços oferecidos.

4.4.1 Dados ambulatoriais assistenciais

A área ambulatorial hoje possui na forma ativa 586 agendas ou grades ambulatoriais nas diversas especialidades médicas, não médicas e multiprofissionais ofertadas (AGHU, 2019), distribuídos os seus horários em 58 salas ou consultórios de atendimentos de segunda à sextas-feiras das 7 horas da manhã às 19 horas, englobando atividades de ensino, pesquisa extensão e também atendimento assistencial totalmente gratuito através do Sistema Único de Saúde.

Nesta etapa inicial de análise no Setor, o processo analisado foi o fluxo percorrido para se utilizar o serviço de consultas ambulatoriais nas especialidades ofertadas no HUSM, ou seja, a integralidade do “trajeto realizado” pelo paciente desde a unidade básica (solicitante), perpassando pelo órgão gestor estadual (4ª CRS) e até a unidade executante de referência neste estudo, o HUSM. Também são levantadas as informações envolvidas neste processo no que tange sua importância para os pacientes e profissionais.

Inicialmente, conforme o documento Diretrizes de Gestão do processo ambulatorial, que tem por objetivo estabelecer critérios homogêneos para uma adequada gestão do processo de ambulatório nos hospitais da EBSEH e, neste caso, no Hospital Universitário de Santa Maria, constatou-se que uma das formas de acesso para os serviços do Hospital é através do ambulatório, com entrada pelas primeiras consultas ambulatoriais.

4.4.2 O Sistema Nacional de Regulação

O HUSM, como os demais hospitais universitários sob gestão da EBSEH, faz uso do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) que, segundo descrito na página inicial do sistema, nada mais é que um Sistema *on-line* criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. A regulação como argumentam Vilarins *et al.* (2012) nada mais é que:

A regulação da atenção à saúde como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade tem como objetivo a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, e está direcionada aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.

Para os mesmos autores, a regulação assistencial promove a equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. No caso do Hospital Universitário o Sistema é utilizado para incluir as escalas de vagas de consultas ambulatoriais, um dos serviços disponibilizados pelo Hospital para sua rede de referência, a 4ª Coordenadoria de Saúde do Estado, disponibilizando vagas em especialidades médicas de média e alta complexidade.

Após diversos acessos concedidos ao Sistema, durante o presente estudo, constatou-se que as escalas são planejadas previamente em planilha do *software Microsoft Excel*, seguindo critérios primordiais para a sua elaboração e inserção no Sistema para, após confrontadas no sistema interno do Hospital, o AGHU, nos seguintes itens de importância:

- 1- **Horário das consultas:** as consultas das escalas do SISREG devem ter o mesmo horário do sistema AGHU, com quebra de horário ou hora cheia;
- 2- **Dia e vigência:** as escalas devem conter os dias de atendimento e vigência iguais ao sistema AGHU;

- 3- **Profissional:** o profissional da escala deve ser o mesmo da agenda ou grade do sistema AGHU;
- 4- **Número consultas:** o principal item tem que ser objetivamente o perfil da agenda ambulatorial do respectivo profissional;
- 5- **Afastamento profissional:** inserir datas, dias e ou horas de afastamento de profissionais, com intuito de os municípios da rede não agendarem pacientes nas escalas de afastamento.

Analisando e comparando os itens acima, que são organizados em uma planilha do *Microsoft Excel* conforme as grades ambulatoriais do sistema AGHU, as escalas estão prontas para serem inseridas no SISREG, aguardando serem ativadas pelo regulador estadual. Na Figura 9 segue o modelo das escalas no Sistema Nacional de Regulação:

Figura 9 - Modelo de escala SISREG

DADOS DA ESCALA		
Procedimento (0701296) CONSULTA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA - PEDIATRICA Teto-> 80 - FISICO		
Profissional Selecione um profissional	CBO Selecione um CBO	
status da Vigência <input type="checkbox"/>	Vigência Inicial [calendar icon]	Vigência Final [calendar icon]
Tipo da Escala <input type="checkbox"/> Quebra Automática	Tipo da Agenda <input type="checkbox"/> Agenda Local	Status da Escala <input type="checkbox"/> Ativo
Dia <input type="checkbox"/> SEG <input type="checkbox"/> TER <input type="checkbox"/> QUA <input type="checkbox"/> QUI <input type="checkbox"/> SEX <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> DOM	Hora Inicial 00:00	Hora Final 00:00
Quantidade 1 0 2 0 3 0	Minutos 0	Ordem do Agendamento 1ª vez Retorno Reserva
OBSERVAÇÃO		
ÚLTIMA OBSERVAÇÃO		
<input type="button" value="Inserir"/> <input type="button" value="Voltar"/>		

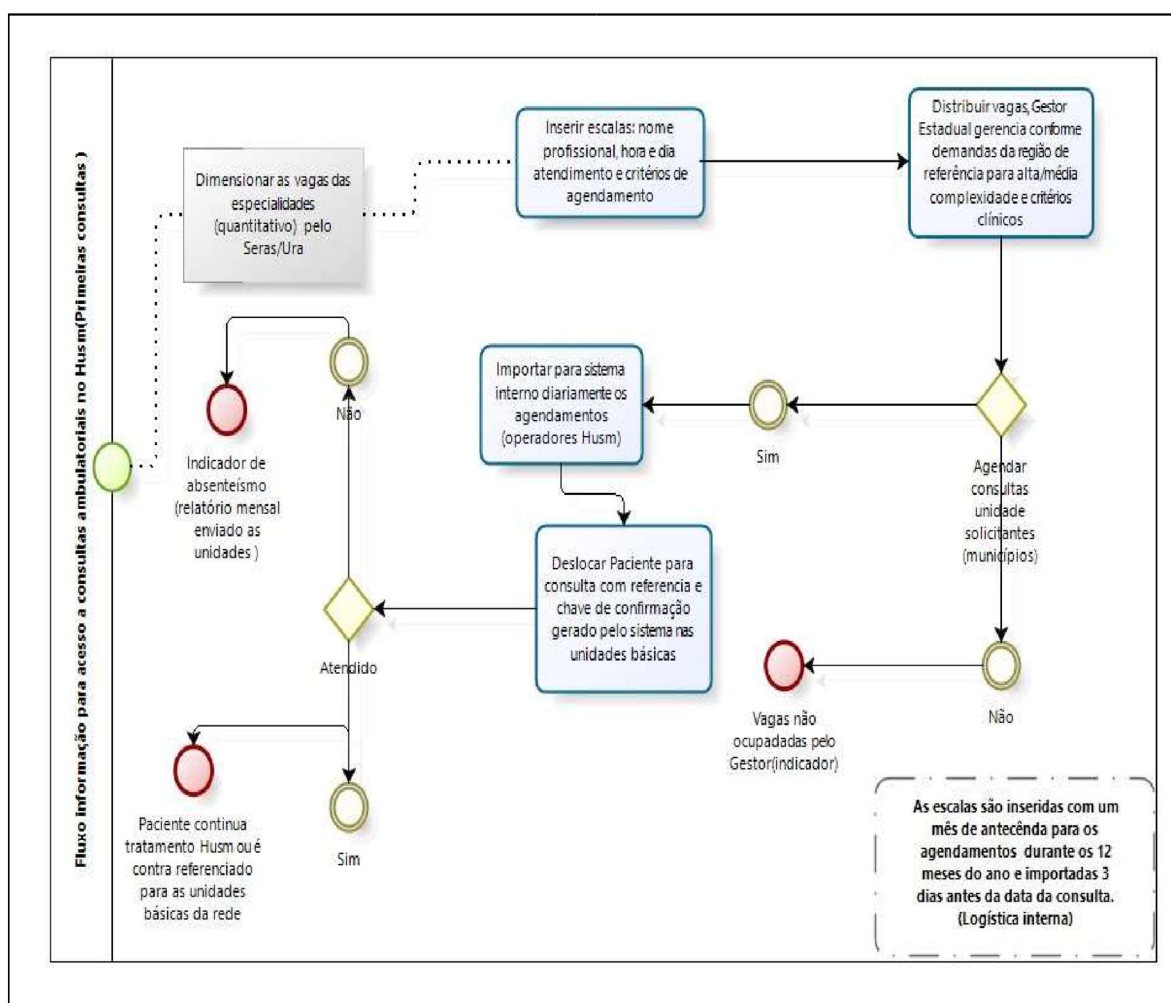
Fonte: Disponível em: http://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/config_escalas.pl. Acesso em: 30 mar. 2020.

As informações indexadas são gerenciadas pelo gestor estadual, este avalia as demandas através de critérios clínicos das unidades solicitantes (municípios de abrangência) e disponibiliza as vagas. Os municípios realizam os agendamentos e são responsáveis pela comunicação aos pacientes dos dados necessários para a consulta como data, hora, nome do

profissional e especialidade Figura 9 e, por fim, o HUSM executa os agendamentos e programa as ações seguintes dos pacientes que continuam seu processo dentro do Hospital.

Este processo de acesso ao serviço ambulatorial do Hospital foi observado e mapeado pelo pesquisador durante as atividades diárias do Setor, e as informações necessárias foram descritas na Figura 10, que segue.

Figura 10 – Fluxo da informação para acesso a consultas ambulatoriais



Fonte: Elaborado pelo autor

Outro ponto observado são as informações aos quais os pacientes ingressam através das consultas ambulatoriais no HUSM (Figura 10), ou seja, as informações assistenciais dos atendimentos na rede básica nos respectivos municípios de origem. Na sequência das observações, constatou-se que as solicitações de consultas via SISREG ou usualmente chamadas de “primeiras consultas” são registradas no SISREG como uma solicitação de

consulta, aonde estão descritos todos os registros mínimos necessários que o profissional da respectiva especialidade no HUSM necessita para o atendimento e conduta para um provável diagnóstico que necessite a continuidade do cuidado na própria instituição.

Para melhor entendimento do exposto no parágrafo anterior, retirou-se do Sistema Nacional de Regulação o modelo de autorização de consulta ambulatorial com todos seus itens necessários para o atendimento no hospital terciário. Na Figura 11 estão numerados de 1 até 5 os campos da autorização. Na sequência os mesmos foram descritos de maneira simples e objetiva. Cabe salientar que as informações contidas na autorização são de caráter público, e portanto, podem ser utilizadas e alguns dados são obstruídos não podendo serem divulgados por questões legais de sigilo da informação.

Figura 11 – Autorização de consultas ambulatoriais via SISREG

Chave de Confirmação: 10774			
UNIDADE SOLICITANTE			
Unidade Solicitante: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SANTIAGO	Cód. CNES: 6672906	Op. Solicitante: 212-TATIANE-SOL	Op. Videofonista: ---
UNIDADE EXECUTANTE			
Unidade Executante: HUSM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA	Cód. CNES: 2244306	Op. Autorizador: 212-TATIANE-SOL	Vaga Consumida: 1ª Vez
Endereço: AVN RORAIMA PREDIO 22	Número: 1000	Complemento: CAMPUS	Data Aprovação: 22/01/2020
Telefone: (55) 3213 1410	CEP: 97105-900	Bairro: CAMOBI	Município: SANTA MARIA
Profissional Executante: MARIA DA GRACA CAMINHA VIDAL	Data e Horário de Atendimento: SEG • 10/02/2020 • 14h00min		
DADOS DO PACIENTE			
CNS: [REDACTED]			
Nome do Paciente [REDACTED]	Nome Social/Apelido: ---	Data de Nascimento: 21/11/1960 (59 anos)	Sexo: MASCULINO
Nome da Mãe [REDACTED]	Raça: BRANCA	Tipo Sanguíneo: ---	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Município de Nascimento: SANTIAGO - RS		
Tipo Logradouro: RUA	Logradouro: RUA JOSE POZZA	Complemento: ---	
Número: 100	Bairro: CARLOS HUMBERTO	CEP: 97700-000	
País de Residência: BRASIL	Município de Residência: SANTIAGO - RS		
Telefone(s): [REDACTED] <i>(Exibir Lista Detalhada)</i>			
DADOS DA SOLICITAÇÃO			
Código da Solicitação: 323313981		Situação Atual: AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIRMAÇÃO / EXECUTANTE	
CPF do Médico Solicitante: ---	CRM: NULL	Nome Médico Solicitante: [REDACTED]	Vaga Solicitada: 1ª Vez
Diagnóstico Inicial: GLANDULA PAROTIDA	CID: D110	Risco: AZUL - Atendimento Eletivo	
Central Reguladora: 4CRS-RS			
Unidade Desejada: ---	Data Desejada: ---	Data Solicitação: 22/01/2020	
Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM CIRURGIA DE CABECA E PESCOCO	Cód. Unificado: 0301010072	Cód. Interno: 2300005	

Os itens identificados na Figura 11 tem a seguinte finalidade no processo de acesso as consultas ambulatoriais para a sua correta confirmação no AGHU:

1. **Chave de confirmação:** numeração gerada pelo SISREG na unidade solicitante que é solicitada no sistema AGHU no momento da operação de marcação de chegada no sistema;
2. **Unidade solicitante:** dados necessários para o cadastro das unidades solicitantes dos municípios pertencentes a rede de atenção da 4ª CRS, com código do CNES e também o operador responsável pelo agendamento no sistema;
3. **Unidade executante:** são todos os dados necessários para o paciente situar-se, pois aí estão os campos necessários que informam a unidade executante, neste caso o HUSM, o nome do profissional, especialidade e o mais importante o dia e hora do atendimento da consulta;
4. **Dados do paciente:** são todos os campos necessários preenchidos obrigatoriamente na unidade solicitante ou município de origem, e que são utilizados para a abertura do prontuário do paciente no dia do agendamento da consulta, dados estes de suma importância para o processo de faturamento hospitalar após efetivação da consulta;
5. **Dados da solicitação:** nesta parte estão os campos que são utilizados para a análise do profissional executante (HUSM) sobre o atendimento do paciente no município de origem, dados de grande valia para definição do diagnóstico e também outros campos como código de solicitação que é utilizado para controle do gestor estadual e campos como CID da doença e a classificação de risco vermelho (emergência), amarelo (urgência), verde (prioridade) e azul (eletivo).

4.4.3 Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários: importação de consultas do SISREG

A partir de então é descrito o processo de exportação das consultas para o sistema interno do Hospital: o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Utilizou-

se como ponto de partida que as escalas estavam inseridas no SISREG e as consultas agendadas conforme pode ser visto na Figura 11, anteriormente apresentada.

O processo de exportação do arquivo consultas no SISREG é um processo diário operado até as 8 horas da manhã e após as 15 horas da tarde, visto que neste intervalo o sistema fica bloqueado para exportações, para que os operadores de agendamentos de consultas dos municípios possam inserir suas solicitações no sistema. O processo de exportação do arquivo com os dados das primeiras consultas da rede de referência pode ser visto da Figura 12, quando preenchem-se os campos com data inicial e final, e profissional. Caso necessário, é baixado o arquivo em formato TXT para a pasta de destino.

Figura 12 – Exportação do arquivo de consultas do SISREG

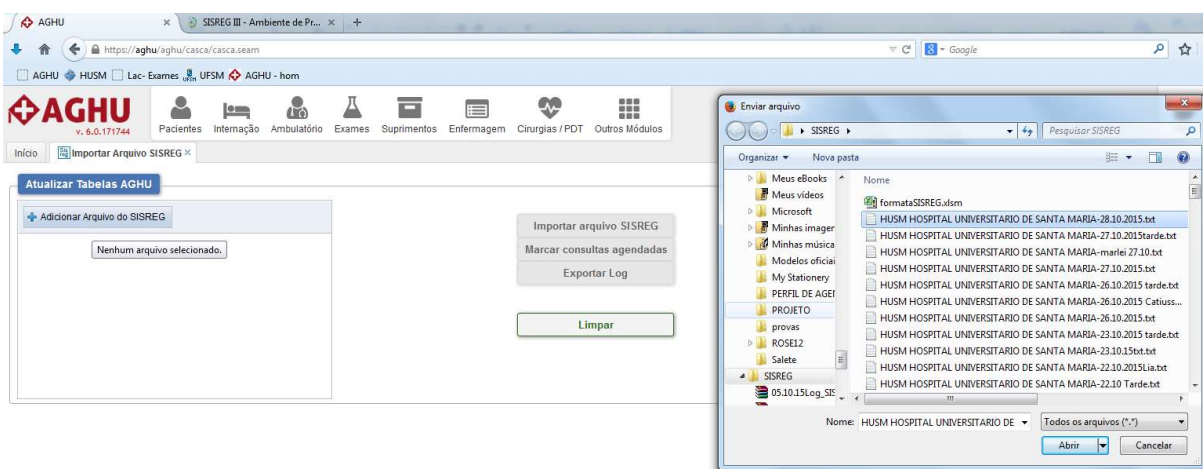


The image shows a screenshot of the SISREG (Sistema de Regulação) web interface. At the top, there is a navigation bar with the Brazilian flag, the text 'BRASIL Acesso à informação', and menu items: 'Participe', 'Serviços', 'Legislação', and 'Canais'. Below this is a green header with the 'SISREG' logo and the text 'SISTEMA DE REGULAÇÃO'. To the right of the header, there are icons for 'principal', 'contato', and 'sa'. Below the header, a dark blue bar contains navigation links: 'CADASTRO', 'CONSULTAS', 'BPA', and 'TROCA DE SENHA'. The main content area is titled 'EXPORTAR AGENDA' and contains a form titled 'Exportação de solicitações'. The form has three input fields: 'Data inicial:' and 'Data final:' (both with calendar icons), 'Profissional:' (a dropdown menu with the text 'Selecione o Profissional'), and 'Procedimento:' (a dropdown menu with the text 'Selecione o Procedimento'). Below these fields is an 'Exportar' button.

Fonte: <http://sisregiii.saude.gov.br/>

Após exportação do arquivo com os dados das consultas, a sequência do fluxo do processo é a importação do arquivo para o sistema interno do hospital AGHU como pode-se ver na Figura 13, no qual para se ter o mínimo de erro de leitura dos dados do arquivo, as escalas dos profissionais devem estar idênticas as escalas das agendas no AGHU, desta forma todas primeiras consultas são agendadas de uma única vez no sistema, ganhando tempo na operação dos agendamentos diários.

Figura 13 – Importação arquivo TXT de consultas ambulatoriais



Fonte: <https://aghu.husm-ufsm.ebserh/aghu/pages/casca/casca.xhtml>

Após concluir este processo, os pacientes dos municípios de referência dirigem-se ao HUSM para a consulta ambulatorial conforme data, hora, especialidade e profissional registrados na ficha de agendamento do SISREG (tal como aparece na Figura 11 já apresentada). A partir deste atendimento a continuidade do cuidado pode ser através de retornos no próprio Hospital, referenciar para rede básica de origem e ou alta ambulatorial, finalizando o ciclo da rede de consultas aos hospitais de alta complexidade do SUS e as informações necessárias para estes atendimentos.

4.5 INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTAS

Após uma revisão bibliográfica dos conteúdos expostos e também uma observação e análise dos processos do setor, foram utilizadas entrevistas a partir de um roteiro como instrumento guia das mesmas, com intuito de buscar informações e ou dados relevantes aos objetivos propostos e que busquem solucionar o problema da pesquisa. A técnica da entrevista, de acordo com Silva e Menezes (2005, p.33), “visa a obtenção de informações de um entrevistado, sobre determinado assunto ou problema”.

As entrevistas foram agendadas previamente com os sujeitos da pesquisa através de um contato informal em um primeiro momento. Após este contato inicial, foi enviado um *e-mail* para cada participante formalizando o convite e propondo aos participantes uma data e hora para realização das entrevistas e, caso não pudessem nas datas propostas, que informassem uma data viável. Finalmente, no dia das entrevistas, expôs-se a cada entrevistado todas

considerações necessárias para a realização da coleta das informações, como seria o andamento do procedimento, o processo de gravação das mesmas e posterior transcrição e uso na pesquisa.

Foi oferecida a garantia de confidencialidade aos entrevistados, o que é exigido legalmente. Estes ficaram anônimos nas referências a suas respostas para, desta forma, garantir sua integridade profissional e pessoal. Aos participantes da pesquisa, solicitou-se a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e Termo de Confidencialidade (Apêndice B), dando a segurança de que, com sua concordância, a divulgação de suas respostas seria feita omitindo os nomes por extenso e usando apenas as iniciais e o cargo/função que ocupam no HUSM.

Assim, conforme citado nos procedimentos metodológicos, foram atribuídos códigos para cada entrevistado, sendo estes denominados de E1, E2 e E3, por questões de sigilo e confidencialidade.

Os entrevistados são citados e/ou analisados de acordo com seus respectivos cargos na Instituição, que são: o Entrevistado 1 (E1) é do gênero masculino e tem cargo de Enfermeiro Assistencial, o Entrevistado 2 (E2) é do gênero feminino e tem cargo de Médico intervencionista, já o último entrevistado (Entrevistado 3, o E3), também do gênero feminino, tem cargo de Assistente em Administração com função de gestora.

É apresentada, aqui, a visão de três pessoas com cargos bem distintos na Instituição, através de uma entrevista semiestruturada com roteiro de questões voltadas para a LAI e também transparência pública. A proposta de escolha dos três entrevistados deveu-se, primeiramente, pela trajetória de cada um na instituição, aonde vivenciaram diferentes épocas no Hospital e modelos de gestão e também pela diferenciação nas suas formações, a visão de cada um frente a importância da gestão da informação na instituição, o que colaborou para enriquecer esta pesquisa.

A seguir descreve-se um pouco da trajetória de cada entrevistado, com intuito de situar o leitor na visão de cada um frente aos questionamentos pontuados nas análises durante as entrevistas.

4.5.1 O currículo dos entrevistados

O entrevistado 1 (E1) possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas (2009), tendo realizado Estágio Curricular I (administração) na Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital Escola FAU/UFPeI e Estágio Curricular III (complementar) na Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, desde 2014 é

enfermeiro concursado pela EBSEH lotado no HUSM. Atualmente é enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação do Hospital Universitário de Santa Maria - NIR, ligado ao SERAS e gerencia a lista de espera cirúrgica para as cirurgias eletivas. Desenvolveu atividades extracurriculares durante a graduação com estágios nas seguintes áreas: Clínica Ginecológica, Unidade de Tratamento Intensivo, Clínica Psiquiátrica e Unidade Básica com o Programa de Saúde da Família.

O Entrevistado 2 (E2) possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (1991), após fez residência em Medicina Comunitária em Porto Alegre. Desde que voltou para Santa Maria, em 1997, até os dias atuais é Médico da Secretaria Municipal de Saúde. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Clínica Médica, Especialização em Gestão de Organização em Saúde Pública e cursos em Auditoria Médica. Desde janeiro de 2019 está no cargo de Médico Intensivista no Husm pela rede EBSEH.

O Entrevistado 3 (E3) tem cargo de Assistente em Administração no HUSM. Possui graduação em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria, curso de especialização em Educação Ambiental pela Universidade Cidade de São Paulo, e especialização em Gestão dos Hospitais Universitários Federais no SUS realizada no Hospital Sírio Libanês em São Paulo. Desde 2014 exerce as atividades de Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde pela EBSEH no Hospital Universitário de Santa Maria. Participa também de comissões permanentes, núcleos e comitês, atuando como gestora em diversos serviços na Instituição desde 1985.

4.5.2 Análise das entrevistas

As entrevistas deste estudo foram divididas em duas partes: a primeira parte foi preparada com três questões relacionadas ao perfil do entrevistado, quando buscou-se uma maior interação com os entrevistados, conhecendo um pouco da formação de cada um e suas funções na Instituição e, conseqüentemente, no Setor. Já na segunda parte das entrevistas foram realizadas perguntas voltadas especificamente para o tema em questão, retomando questões sobre o SUS, a LAI, transparência pública, as funções do Setor na visão dos entrevistados, sendo que as respostas corroboraram para se ter uma visão maior da situação do Setor com relação ao fluxo de informações e seu uso.

O propósito das entrevistas realizadas neste estudo, foi verificar a existência de lacunas no processo de gestão da informação do Setor investigado, observando se estão alinhados ou não à Lei de Acesso à Informação e, por conseqüência, promovam transparência para a

sociedade como um todo, através da visão dos entrevistados, servidores da Instituição e que atuam diretamente nas atividades e/ou serviços do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SERAS).

Questionados sobre a função do SERAS na Instituição, a ideia central dos três foi de que o Setor tem uma função de elo entre os serviços da Instituição com as redes de atenção do SUS, o que pode ser constatado na resposta de E3 em sua íntegra nesta questão:

[...] o SERAS é um setor de tem por função organizar e gerenciar o fluxo dos pacientes pelos diferentes serviços que o Hospital oferece, assegurando a integralidade do cuidado preconizada pela clínica [...]. (E3, 16/12/2019)

A integralidade, segundo Nunes Vidal (2019) possui diversos aspectos, “como Estratégia Política do Sistema Único de Saúde, preconiza promoção e assistência em saúde, além de gerenciamento que atenda a demanda populacional e a conectividade entre diferentes níveis de complexidade assistenciais”.

Dentre os aspectos da integralidade e os seus diferentes níveis, destacaram-se as responsabilidades de cada entrevistado. Na condição de enfermeiro, E1 afirma que:

[...] é interessante a criação, organização e o monitoramento também de critérios bem definidos e fluxos, então seria, há eu acredito que essa seria a importância realmente dum gestor dentro do HUSM é desenvolvimento desse, desses serviços [...]. (E1, 25/11/2019)

Já E2, que possui cargo de Médico Intensivista, relata que sua função como gestor envolve a tarefa de “estar visualizando o Hospital como um todo, visualizando as demandas também como um todo, em conjunto com as demandas”.

Complementando os pontos de vista dos entrevistados, há a visão de E3, como gestor principal do Setor, em que se pode entender a função de um gestor dentro da Instituição em um trecho da sua entrevista no que tange à questão de número dois, presente na segunda parte do roteiro:

[...] Dentre as habilidades esperadas para um gestor tem a comunicação visto que ela garante a informação, a alimentação dos sistemas de informação em tempo hábil, a elaboração de relatórios e planos de ação para a melhoria da qualidade das informações em saúde [...]. (E3, 16/12/2019)

Nestes três trechos da fala dos entrevistados pode-se constatar que a visão gerencial no que tange ao gerenciamento da informação apenas é vislumbrada na visão do E3, que é o principal gestor do Setor, o que vem ao encontro do que pontuou Borges (2014), quando diz

que o SUS demonstra grande fragilidade na gestão do uso da informação e uma carência organizacional cada vez maior de informações para o atendimento de suas demandas a partir de um intervalo de tempo cada vez mais restrito, ou seja, existe o fato que pouco se faz gestão nos serviços de saúde pública brasileiro.

De acordo com Campos (2018) o acesso, a humanização e a qualidade concreta do cuidado são os pontos que, concretamente, mais interessam à população, e todo o resto são meios, bordados na questão de número três, sobre os princípios norteadores da integralidade, universalidade e equidade. Os três entrevistados têm uma posição parecida sobre a importância destes princípios doutrinários do SUS.

Coube destacar, na sequência, a posição de cada entrevistado seguindo trechos das entrevistas:

E1: Na questão da integralidade da gente enxergar o paciente como um todo. [...] E a universalidade, eu acredito que no momento em que o HUSM não faz a regulação de consultas, por exemplo, e que ele oferta para rede e a rede vai estar encaminhando esses pacientes, a gente confia que a rede esteja agendando e encaminhando os pacientes de forma universal, daí entra a questão da equidade para poder se ter o tratamento[...].

E2: Esse universo de demanda de pacientes que temos pra atender, nós só vamos conseguir atendê-los se nós usarmos a palavra equânime. Atender a quem precisa mais primeiro e atender de acordo com a nossa complexidade. [...] Então toda vez que nós chamamos o município, chamamos o Estado pra partilhar a responsabilidade dos pacientes, a gente cumpre cada vez mais a função SUS porque nós somos um nível da ponta pra essa integralidade[...].

E3: Universalidade da saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas. [...] Equidade, esse princípio é diminuir desigualdades. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades [...].

Nos trechos citados acima, os três entrevistados compactuam com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde: a universalidade, integralidade e equidade nos serviços públicos de saúde, ou seja, essa visão dos entrevistados está alinhada e intimamente ligada ao desenvolvimento das suas atividades, pois como profissionais gestores de saúde, Campos (2018) pontua que a comunicação e a integração com a sociedade é fundamental para a democratização e para a sustentabilidade do SUS. E para se integrar com a sociedade, a gestão da informação é inevitável e, conseqüentemente, o acesso à informação para se promover transparência pública, com respaldo da LAI.

A gestão da informação é uma estratégia altamente necessária para o funcionamento de qualquer instituição. Carvalho (2009) admite que a informação no âmbito da gestão da saúde

pode ser categorizada como um instrumento de apoio ao processo decisório, possibilitando o conhecimento da realidade socio sanitária, contribuindo para a qualificação das ações da gestão e do controle social.

Para Carvalho (2009) o termo gestão em saúde reflete a incorporação das funções de condução política (tomada de decisão e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de políticas, programas, serviços e atividades. Os entrevistados entendem que o termo gestão da informação é conceituado como gerenciamento de dados, ou seja um conjunto de atividades que são utilizadas para trabalhar dados, indexa-los, compartilhá-los, que servem como auxílio para a tomada de decisão. De acordo com o que se capturou e analisou a partir da descrição das entrevistas, pode-se concluir que há uma visão de compartilhamento de informações no sentido de promover acesso e transparência, requisitos principais da LAI, tema deste estudo.

Sobre as questões cinco e seis do roteiro, o entrevistado E1 diz desconhecer a Lei Nº 12.527/2011 conhecida como a Lei de Acesso à Informação e seus requisitos e também desconhece a Lei de Transparência Pública. Já o entrevistado E2 afirmou na entrevista: “eu sei que ela existe, mas é bastante limitado o meu entendimento”. No entanto ele acredita que as duas leis (LAI e Lei de Transparência) tem relação, não justificando o porquê.

Em contrapartida ao que disse E2, o entrevistado E3 afirmou que apenas tem conhecimento sobre a divulgação de informações produzidas pelos órgãos públicos, assim, o E3 de certa forma tem, indiretamente, o conhecimento do artigo 8 da Lei Nº 12.527/2011 que diz: - “É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas”. Mas quanto à Lei de Transparência Pública e sua relação com a LAI, o mesmo entrevistado desconhece se as mesmas estão relacionadas de alguma maneira.

4.5.2.1 As lacunas no gerenciamento da informação no SERAS

Com intuito de aprofundar a identificação das lacunas e/ou falhas que o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde possui na visão dos participantes das entrevistas, e, assim, respondendo um dos objetivos desta pesquisa, abordou-se na questão número sete do roteiro, quais seriam as dificuldades do SERAS frente ao gerenciamento de informações.

E2, que possui cargo de médica, deixa claro em sua entrevista que a maior falha na sua visão é a questão do sigilo da informação (explicitado nas linhas 3, 4 e 5 da transcrição de sua

entrevista). Para E2, “nós sabemos que a principalmente os funcionários mais antigos não tinham pudor em falar do caso A, caso B ou C, muitas vezes, de forma ingênua passavam informações para outros, para terceiros, sem muita atenção as questões de sigilo”. O enfermeiro, que é o E1, pontua na sua entrevista que uma lacuna do Setor, na sua visão, é a fragmentação da informação, o que acaba dificultando o monitoramento e a recuperação dos dados e, conseqüentemente, influi nos indicadores da Instituição.

E3, que possui cargo administrativo e é o responsável pelo SERAS foi enfático quando indagado sobre quais as principais dificuldades que o Setor enfrenta, aonde pode ser observado no trecho da entrevista que diz que “a não integração entre os setores e as ferramentas [falha de comunicação]; crescimento e inovação de forma estruturada; prevenir riscos; prejuízos e desperdícios; estabelecer metas e objetivos coerentes; acompanhar os indicadores”.

No geral conclui-se que uma lacuna importante no Setor é a fragmentação da informação, o que acarreta falhas na comunicação interna/externa e também em outros processos necessários de gestão. Este fato foi constatado pela negativa nas respostas da questão oito do roteiro, ou seja, na visão dos entrevistados E1, E2 e E3 as informações produzidas não estão alinhadas com a Lei de Acesso à Informação no SERAS.

As questões nove e dez do roteiro aplicado nas entrevistas estão voltadas para a gestão da informação no Setor, pois sabe-se que a informação nos serviços é de grande valia para os usuários e também para os gestores, neste sentido Carvalho (2009) diz que:

Para o setor da saúde, como para os demais setores a informação é fundamental para a alimentação de processos racionais e contínuos que favorecem à tomada de decisão e conduzem ao desenvolvimento de ações e atividades capazes de impactar a situação de saúde. As informações em saúde devem abranger aspectos relativos ao processo saúde/doença e os de caráter administrativo/gerencial, todas essenciais ao processo de tomada de decisão. (CARVALHO, 2009, p. 16).

Compreende-se que o tratamento e a disponibilização das informações são fatores cruciais para o melhor aproveitamento e conseqüente otimização dos processos envolvidos com o desenvolvimento tanto científico como tecnológico (VASCONCELOS, 2017).

Indagando os entrevistados se existem mecanismos e estratégias futuras de gestão da informação, E2 somente salientou que existem e não comentou nada além disso. Já E1 afirma em sua entrevista que o mecanismo existente hoje são as diretrizes, documentos estes levantados e pontuados no Quadro 3 deste estudo. Como estratégia futura, o entrevistado cogita a criação de uma unidade de monitoramento que tenha uma função de realizar monitoramento

dos serviços do Setor, criar relatórios de indicadores estatísticos e servir de apoio em nível institucional para um melhor gerenciamento da informação produzida.

Pode-se concluir, assim, que a maior lacuna do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HUSM é a fragmentação da informação produzida pelo Setor e seus serviços, o que prejudica a comunicação no SERAS, os processos de gestão e as tomadas de decisão. Também foi visto que os processos do Setor não estão alinhados a LAI, prejudicando a promoção da transparência pública para os cidadãos. Desta forma entende-se que foi obtido êxito no atendimento do objetivo traçado com relação as lacunas do setor.

5 CONCLUSÃO

As instituições de saúde públicas são consideradas organizações altamente complexas com diversos processos e atividades. Aumentar os níveis de eficiência requer modificar o paradigma de instituições centradas nos profissionais e serviços a organizações voltadas para o usuário SUS: o paciente.

A quebra da cultura enraizada nas instituições de saúde públicas brasileiras é um dos desafios mais importantes de acordo com modelo proposto pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Romper com os paradigmas nas instituições de saúde, buscando cada vez mais excelência, é fator primordial para profissionais gerenciarem as informações assistenciais, para que se promova transparência pública e se garanta os princípios do Sistema Único de Saúde.

O aumento da demanda da assistência especializada, a maior complexidade dos processos assistenciais, a evolução tecnológica nos processos de gestão e a necessidade de gerir as informações assistenciais, têm demandado nos hospitais a organização de uma estrutura que ordene e coordene as atividades que ocorrem em torno da assistência médica, com a finalidade de facilitar o acesso da população aos recursos disponíveis, mantendo os princípios básicos de equidade e eficiência na utilização dos mesmos e garantindo a articulação do conjunto da organização junto ao paciente e seu processo assistencial.

O objetivo deste trabalho em alinhar estratégias de gestão da informação com base na Lei de Acesso à Informação, apoiou-se nas necessidades diárias de trabalho, com intenção de verificar os fluxos de gestão de informação através da realização de um mapeamento dos processos. Após a realização das entrevistas e a resultante identificação das lacunas informacionais do Setor, visto que as mesmas foram pontuadas claramente pelos servidores e empregados entrevistados, foi oportunizada a proposição de mecanismos que, na visão do pesquisador, são os mais adequados à realidade encontrada. A ideia da proposta apresentada ao final desta Dissertação é com a intenção de criar garantias de transparência pública e que beneficiem os serviços prestados pelo SUS na instituição HUSM alinhando-os aos requisitos da LAI. Com isso, entende-se que os objetivos da pesquisa foram atingidos em sua totalidade, tendo como resultado a construção de ações estratégicas para o SERAS/ HUSM que serão apresentadas ao Setor.

Com a aplicação dos procedimentos metodológicos voltados para a análise documental para efetivar o mapeamento dos fluxos dos processos informacionais e com auxílio de

modelador de negócios, esta pesquisa foi enriquecida, tendo por último método o da aplicação das entrevistas, quando constatou-se as falhas do setor na visão dos entrevistados.

Desta forma, através da análise dos dados coletados, foram feitas proposições para o Setor enquanto sugestões que poderão ou não serem adotadas no futuro próximo, enquanto o levantamento informacional realizado corresponder ao que vive o SERAS/ HUSM. Esta lista de melhorias surge como uma opção de qualificação dos processos e gerenciamento das informações. Sabe-se que o gerenciamento das informações nas instituições de saúde é regido por uma cultura muito enraizada nos profissionais da instituição e não no paciente. Com a gestão da EBSEH e suas propostas baseadas na gestão da oferta, ou seja, a centralização dos serviços nas necessidades do paciente, rompe-se com uma cultura organizacional no HUSM oriunda de anos, na qual os serviços oferecidos pelo SUS estavam nas “agendas” dos profissionais, restringindo aos pacientes as informações necessárias para utilizar os serviços.

Os princípios do SUS, por si, garantem as necessidades dos usuários, mas o que irrompe a situação observada no desenvolver desta pesquisa, é a necessidade de mais elasticidade na atuação dos gestores, adaptando-se para a evolução tecnológica e novos modelos de estratégias de gestão. Deve-se, portanto, praticar o desapego ao velho controle da informação, fragmentando-a para que não seja o serviço todo, indiretamente, prejudicado quanto ao acesso aos serviços do Hospital. Com o desenvolver deste trabalho pode-se concluir que o Hospital Universitário de Santa Maria girou lentamente a chave desta mudança cultural no que tange a gestão da informação em função da entrada da EBSEH.

Em linhas gerais conclui-se que a gestão da informação no HUSM ainda não é, em sua totalidade, gerenciada de forma unificada, com raros setores que possuem estratégias vinculadas a esta nova realidade desejável. Isso rompe com uma padronização e construção de critérios no acesso e também de protocolos de regulação assistencial, o que de certa forma retrocede ao modelo antigo, com tomadas de decisões individualizadas com informações fragmentadas, afetando toda linha de cuidado ao paciente e ferindo o acesso de outros, além de não garantir transparência pública, o que é altamente importante na gestão das informações públicas.

Por fim, a partir deste estudo fica visível que os processos de gestão da informação do Hospital Universitário de Santa Maria são ainda básicos, visto que não estão alinhados a LAI e promovem pouca transparência das informações produzidas e que têm um caráter público no que tange aos serviços assistenciais que o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde tem atribuídos. Sendo assim existe a necessidade de que novos mecanismos sejam implementados, sendo alguns sugeridos no documento apresentado no Apêndice D de modo a contribuir com

uma melhoria significativa na gestão das atividades diárias do Setor, qualificando os processos informacionais com base em legislações, alicerçando o trabalho dos gestores e voltando-se para o objetivo principal dos serviços ofertados pelo SUS: o paciente.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência Saúde Coletiva [online]**. 2012, vol.17, n.11, pp.2865-2875. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>>. Acesso em: 22 out. 2018.

BARBOSA, Deise Santana de Jesus; DALTRO, Emmanuelle Fonseca Marinho de Anias; FONTANELLI, Flávio Santos. A Regulação Assistencial no SUS e a Maldição da Burocracia. XL Enampad, Costa do Sauípe – BA, **Anais**. 2016. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=1&cod_edicao_subsecao=1302&cod_evento_edicao=83&cod_edicao_trabalho=20919>. Acesso em: 27 mar 2019.

BEZERRA, Arthur Coelho; SCHNEIDER, Marco; BRISOLA, Anna Cristina. Pensamento reflexivo e gosto informacional: disposições para competência crítica em informação. **Informação & Sociedade**, João Pessoa, v. 27, p. 7-16, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ies/article/view/31114>>. Acesso em: 08 dez 2018.

BORGES, Fabricio Quadros. Gestão da informação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 13, n. 2, p. 83-98, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21714/1984-6975FACES2014V13N2ART2021>. Acesso em: 21 jun. 2020.

BRANDÃO, Domingos Ramos. Governo eletrônico: Acesso à Informação pública e accountability na UNIVASF – Campus Petrolina. **Dissertação de mestrado profissional (NPGA)** Universidade Federal da Bahia, 101f, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21682>. Acesso em: 14 jan. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. **Portal transparência**: Controladoria Geral da União. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020>> Acesso em: 04. mar. 2020.

BRITO, Gabriela Vilela de; VIDAL, Júlia Souza. Intersecção entre a Lei de Acesso à Informação e a avaliação de tecnologias em saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, 2013. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/116>>. Acesso em: 30 out. 2018.

BATISTA, Carmem Lúcia. As dimensões da informação pública: transparência, acesso e comunicação. **Transinformação**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 225-231, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-37862010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2018.

BARROS, Dirlene Santos; MEDLEG, Georgete Rodrigues. Acesso à informação na região nordeste: balanço da criação da LAI nos estados e o processo de sua regulamentação no

Maranhão. **Perspectivas Ciência Informação**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 218, Jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362018000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS%202%2028>. Acesso em: 15 set. 2017.

_____. **Lei Ordinária N° 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso as informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Diário Oficial da União 2011; 18 nov. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12527-18-novembro-2011-611802-normapl.html>>. Acesso em: 21 out. 2017.

_____. **Lei Ordinária N° 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 10 out. 2017.

_____. **MINISTÉRIO DA SAUDE. Portaria SAS/MS nº 884, de 14 de dezembro de 2011**. Estabelece o fluxo para cessão de dados dos bancos nacionais dos sistemas de informação – SI, sob a gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Diário Oficial da União 2011; 14 dez. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0884_13_12_2011.html>. Acesso em: 20 set. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A Saúde Coletiva em movimento: XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão 2018). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00019418, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00019418>. Acesso em 10 set. 2019.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, jul./set. 2009, p. 16-30.

CAVALCANTI, Joyce Mariella Medeiros; DAMASCENO, Larissa Mayara da Silva; SOUZA NETO, Manoel Veras de. Observância da Lei de Acesso à Informação pelas autarquias federais do Brasil. **Perspectivas Ciência Informação**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 112- 126, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362013000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2018.

CHAVES, Lenir Aparecida; JORGE, Alzira de Oliveira; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal; REIS, Ilka Afonso; SANTOS, Marcos Antonio da Cunha; SANTOS, Alaneir de Fátima; MACHADO, Antônio Thomaz Gonzaga da Mata; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos Saúde Pública [online]**. 2018, vol.34, n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000205004&lng=pt&nrm=iso>. Epub 19-Fev-2018. ISSN 1678-

4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00201515>. Acesso em: 15 out. 2018.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em Administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COUTINHO, Hugo César P. e ALVES, José Luiz. Lei de Acesso à Informação como ferramenta de controle social de ações governamentais. **Revista de Comunicação Informação – FIC - UFG**, Vol.18, n.1, Goiás, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/ci/article/view/33985>>. Acesso em: 12 out. 2018.

CUNHA, Emanuelle Nunes da. e SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. A regionalização da saúde enquanto princípio organizativo para a gestão do SUS. **Revista de enfermagem UFPE online**, Vol.11, n.5, Pernambuco, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23370/19004>>. Acesso em: 12 out. 2018.

CUNHA, Maria Luisa Silva. A formação em gestão em sistemas universais de saúde: semelhanças e diferenças entre Brasil e Espanha. 2018. 190 f. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Mangueiras, RJ, 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27010>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

FARIAS, Diego Carlos; ARAUJO, Fernando Oliveira de. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, Julho 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002601895&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2018.

FERRAZ, Dulce e KRAICZYK, Juny. Gênero e políticas públicas de saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia Unesp**, 2017. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:-A_OLVYZLcIJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 14 out. 2018.

FIGUEIREDO, Nadja Oliveira e JUNIOR, Francisco Gilson R. P. Políticas Públicas de Saúde: aportes para se pensar a trajetória histórica brasileira. **Directory of open access journal**. 2017, n.1, vol.4, p.21. Disponível em: <<https://doaj.org/article/b750a47502004a7f9e19a81873278789>>. Acesso em: 30 out. 2018.

FILGUEIRAS, Fernando. **Além da transparência: accountability** e política da publicidade. Lua Nova, São Paulo, n. 84, p. 65-94, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010264452011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2019.

FORTUNATO, T. P., & Pinto, A. L. Análise das informações científicas utilizadas na gestão da informação das instituições de ensino superior segundo a literatura internacional. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, 16(2), 414-432. Disponível em: <<https://doi.org/10.20396/rdbci.v16i2.8650974>>. Acesso em: 16 set. 2019.

GARBIN, Helena Beatriz da Rocha; PEREIRA NETO, André de Faria; GUILAM, Maria

Cristina Rodrigues. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 26, p. 579-588, Set. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300010>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

GOMES, Renato da Silva. Os desafios na implementação de políticas públicas no campo da saúde: o SAMU 192. **Escola Nacional de Administração Pública** (Enap), Brasília, DF, Jun. 2018. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3532>> Acesso em: 10 set. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. Editora Atlas, São Paulo, 2002.

GIOVANELLA, Ligia; RUIZ, Adriana Mendoza; PILAR, Aline de Carvalho Amand; ROSA, Matheus Cantanhêde da; MARTINS, Gabrieli Branco; SANTOS, Isabela Soares; SILVA, Danielle Barata; VIEIRA, Jean Mendes de Lucena; CASTRO, Valeria Cristina Gomes de; SILVA, Priscilla Oliveira da; MACHADO, Cristiane Vieira. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência Saúde Coletiva [online]**. 2018, vol.23, n.6, pp.1763-1776. ISSN1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Acesso em 14 out. 2018.

JUNIOR, Emilson Ferreira Garcia; MEDEIROS, Shara; AUGUSTA, Camila. Análise documental: uma metodologia da pesquisa para a Ciência da Informação. **Revista Temática**, n. 07. Julho/2017. NAMID/UFPB. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tematica/search/search?simpleQuery=analise+documental&searchField=query>> Acesso em: 13 dez. 2018.

YIN, Robert K. *Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos*. (2 ed.). Porto Alegre: Bookman, 1994.

LAVILLE, Christian. e DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMQ, 1999.

LORENZETTI, Jorge; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso; PIRES, Denise Elvira Pires de; RAMOS, Flávia Regina Souza. *Health management in Brazil: dialogue with public and private managers*. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, Julho 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2020.

MAGALHÃES, Rosana. Governança, redes sociais e promoção da saúde: reconfigurando práticas e institucionalidades. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.3143-3150, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003143&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2019.

NUNES Mariangela Ramos, VIDAL Selma Vaz. Os diversos aspectos da integralidade em saúde. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental* Vol. 1. No 1 (2019). Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1595>. Acesso em: 03 set. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, Ilara H. S. **Sala de situação em saúde**: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. p. 21-38.

Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1661:lancamento-do-livro-salas-de-situacao-em-saude-compartilhando-as-experiencias-dobrasil-em-espanhol&Itemid=685>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de; SANTOS, Sílvia R. Fontoura Rangel dos. Informação em Saúde: Os Desafios Continuam. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 37-51, jun. 1998. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231998000100037&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319983102772014>.

MORAIS, Rinaldo Macedo de; COSTA, André Lucirton. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 767-793, Julho 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2018.

NERI, Suzana Costa Carvalho. **A qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde aplicados na atenção à saúde materno-infantil.2016**, 182f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21636>. Acesso em: 12 abr. 2019.

NUNES, Mariangela; VIDAL, Selma. Os diversos aspectos da integralidade em saúde. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental** Vol. 1. No 1 (2019), UNIFESO,

Teresópolis, RJ. Disponível em:

<http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1595>. Acesso em: 21 abr. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública [online]**. 2013, vol.29, n.10, pp.1927-1936. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099513>>. Acesso em: 10 set. 2019.

PENIDO, Alvaro Godoy. **Qualidade da Informação e a efetividade dos sistemas corporativos de informação na transparência da gestão pública**: um estudo de caso na Controladoria Geral do Estado de Minas Gerais. Minas Gerais: FUMEC, 2017. Disponível em: <<http://www.fumec.br/revistas/sigc/article/view/4938>> . Acesso em: 13 mar. 2019.

PEREIRA NETO, André de Faria; PAOLUCCI, Rodolfo; DAUMAS, Regina Paiva; SOUZA, Rogério Valls de. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. **Ciência. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.

1955-1968, Julho 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601955&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2018.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino; OLIVEIRA JUNIOR, Antônio Carlos Rosa de; FALEIROS, Daniel Resende. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. 2019; 53:58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001052>. Acesso em: 25 set. 2019.

RODRIGUES, Fernando de Assis; SANT'ANA, Ricardo Cesar Gonçalves. Uso de modelos de dados multidimensionais para ampliação da transparência ativa. **Liinc em revista**, v. 9, n.2, UFRJ, 2013. Disponível em:<<https://doi.org/10.18617/liinc.v9i2.599>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

PINOCHET, Luis Hernan Contreras; LOPES, Aline de Souza; SILVA, Jheniffer Sanches. Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 2, p. 11-29, 2014. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/39518/inovacoes-e-tendencias-aplicadas-nas-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-na-gestao-da-saude/i/pt-br>>. Acesso em: 16 set. 2019.

DANTE, Glória Ponjuan. **Gestión de información em las organizaciones: principios, conceptos y aplicaciones**. Santiago de Chile: CECAPI, 1998. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.22201/iibi.0187358xp.1998.24.3867>>. Acesso em: 8 out. 2018.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, abril 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142018000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2020.

SANTOS, Beatriz Rosa Pinheiro dos; BIAGGI, Camila de; DAMIAN, Ieda Pelógia Martins. A gestão da informação como atividade fundamental do profissional da informação na área da saúde. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 17, p. e019013, 31 jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/rdbci.v17i0.8650300>. Acesso em: 12 set. 2019.

SANTOS, Beatriz Rosa Pinheiro dos; DAMIAN Ieda Pelógia Martins. Análise da Gestão da Informação na Atenção Básica em Saúde: um estudo em Unidades de Saúde da Família **Informação & Sociedade**; João Pessoa **Vol. 29, Ed. 3**, (2019). Disponível em: DOI:10.22478/ufpb.1809-4783.2019v29n3.45547. Acesso em: 5 mar. 2020.

SANTOS, Cassia Dias e VALENTIM, Marta Lígia Pomin. As interconexões entre a Gestão da Informação e Gestão do Conhecimento para o gerenciamento dos fluxos informacionais. **Revista Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, Paraíba, Brasil. ISSN:2236-417X (formato eletrônico). 2014, Vol.4, n.2. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/17897>>. Acesso em: 4 out. 2018.

SANTOS, Ênyo Ribeiro Novais; LIMA, Gillian Leandro de Queiroga; CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza. A eficácia social do direito de acesso à informação em saúde:

abordagem a partir da política nacional de arquivos e da Lei de Acesso à Informação. **Ágora Revista do Curso de Arquivologia da UFSC**, ISSN 0103-3557, v.26, n. 53, Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://agora.emnuvens.com.br/ra/article/view/620>. Acesso em: 4 dez. 2018.

SILVA, Mariana Santos da. Gestão da informação para o planejamento e controle da capacidade operacional do serviço hospitalar. 2019. 151 f. **Dissertação** (Mestrado Profissional em Administração Pública) – Faculdade de Economia e Administração, Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/4894>. Acesso em: 5 mar. 2020.

SILVA, Edna Lúcia da e MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005.

SOMAVILLA, Raone. Los registros médicos en el contexto de la producción del conocimiento y el ejercicio de la ciudadanía. **Tesis**. Departamento de Biblioteconomía y Documentación, Universidad de Salamanca, 2015. Disponível em: <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/128284>>. Acesso em: 13 out. 2018.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias [online]**. 2006, n.16, pp.20-45. ISSN 1517-4522. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S151745222006000200003>>. Acesso em: 22 out. 2018.

SOUZA, Mariana Mendonça de. Transparência passiva: a Lei de Acesso à Informação no Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. 2016. xi, 63 f., il. **Monografia** (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/16156>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SOUZA, Vinicius Pereira e CARVALHO, Rodrigo Baroni. Gestão do Conhecimento no Âmbito da Administração Hospitalar Proposta de Modelo Conceitual Integrativo para Gestão do Corpo Clínico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, Vol.4, Nº2, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/161>>. Acesso em: 06 out. 2018.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência Saúde Coletiva [online]**. 2013, vol.18, n.1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013000100019&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 07 set. 2018.

VASCONCELOS, Mayara Cintya do Nascimento; Farias, Gabriela Belmont de. Informação científica e tecnológica: análise das publicações periódicas da ciência da informação. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, 16(1), 238-259. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/rdbci.v16i1.8648584>. Acesso em: 16 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Programa de desenvolvimento institucional 2016-2026**. Disponível em: <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/proplan/pdi/wpcontent/uploads/sites/500/2018/12/00-DocumentoPDI-TextoBaseCONSU.pdf> Acesso em: 23 abril 2019.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Estratégias de gestão da informação no HUSM alinhadas a Lei de Acesso à Informação

Pesquisador responsável: Fernanda Kieling Pedrazzi

Instituição/Departamento: UFSM – Departamento de Documentação CCSH.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-9256. Avenida Roraima, 1000, prédio 74A, sala 2125, 97105-

900 - Santa Maria - RS. Local da coleta de dados: Hospital universitário de Santa Maria

Eu, Fernanda Kieling Pedrazzi, responsável pela pesquisa Estratégias de gestão da informação no HUSM alinhadas a Lei de Acesso à Informação o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa tem por objetivo aliar a teoria com a prática das atividades de gestão dentro do Hospital, mais especificamente na área ambulatorial assistencial, uma vez que busca pensar quais as estratégias utilizadas nas práticas de gestão da informação atuais estão alinhadas a LAI e com isso instigar os funcionários a adotar mecanismos para se ter um maior controle e qualidade na gestão da informação, tomadas de decisões, transparência e accountability, cumprindo assim os requisitos da lei de acesso à informação.

Para sua realização será feito o seguinte: entrevista semiestruturada. Sua participação constará de responder às perguntas da

referida entrevista. Você poderá ter algum desconforto ao participar dessa pesquisa, ao lembrar de alguma situação desagradável, mas contribuirá com a melhoria de um processo de trabalho.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização: Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresse minha concordância em participar deste estudo.

Este termo será impresso e assinado em duas vias ficando uma com o sujeito de pesquisa e outra com o pesquisador.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE: _____

Local: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Estratégias de gestão da informação no Husm alinhadas a Lei de Acesso à Informação

Pesquisador responsável: Fernanda Kieling Pedrazzi

Instituição: Departamento de Documentação – CCSH

Telefone para contato: (55) 9 9966-1224

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Os responsáveis pelo presente projeto Fernanda Kieling Pedrazzi (orientadora) e Gustavo Bonetti (Mestrando) se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevistas no Hospital Universitário de Santa Maria, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 74 A, Departamento de Documentação, sala 2125, térreo – Campus José Mariano da Rocha Filho 97105-90 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Fernanda Kieling Pedrazzi. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../2019, com o número de registro Caae

Santa Maria, RS, 21 de fevereiro de 2019.



Fernanda Kieling Pedrazzi

Siape 4308390

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Parte 1 – Perfil do entrevistado

1. Nome completo.
2. Qual seu cargo, formação e regime ao qual pertence?
3. Qual a sua trajetória na instituição? Conte um pouco de sua história no serviço público até os dias atuais.

Parte 2 – Questões específicas relacionadas ao tema de pesquisa

1. Explique a função do SERAS no HUSM.
2. Quais suas responsabilidades como gestor do HUSM? Fale das funções que tem e como as desempenha no setor.
3. Na sua opinião, qual a importância do SERAS para frente os princípios norteadores do SUS: Integralidade, equidade e universalidade? Comente e exemplifique.
4. O que entende por gestão da informação?
5. Você tem conhecimento da Lei Nº 11.527/2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação? E os seus artigos número 8 e número 30? Explique o seu entendimento.
6. Para você a Lei de Acesso à Informação e a Lei de Transparência pública estão relacionadas? Se sim, porque?
7. Quais as dificuldades que você considera que o setor apresenta no gerenciamento de informações?
8. Caso conheça a LAI, as informações produzidas pelo setor, estão alinhadas a LAI? Cite exemplos.
9. Existem mecanismos para o gerenciamento das informações no setor?
10. Você tem estratégias futuras para a gestão da informação no setor?
11. Que mecanismos seriam necessários para sanar as não conformidades do setor (caso haja) no que tange o gerenciamento da informação?
12. Na sua opinião qual a importância de se ter estratégias de gestão da informação que contemplem os processos do setor, alinhados a Lei de Acesso à Informação e que também promovam transparência a sociedade?

APÊNDICE D – PRODUTO – AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O SERAS/HUSM

Apresentação

A lista de sugestões que se apresenta a seguir visa orientar para melhorias os servidores do HUSM e empregados da EBSEH que trabalham no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), usuários internos do sistema de informações relativas ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SERAS).

Esta lista é o produto final da dissertação de mestrado do autor no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas do Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) intitulada “Estratégias de gestão da informação do processo ambulatorial do HUSM face à Lei de Acesso à Informação” e tem como base os objetivos e análises desenvolvidos durante todo o estudo de mestrado realizado entre os anos de 2018 e 2020 por Gustavo Benetti, orientado pela professora Fernanda Kieling Pedrazzi. A iniciativa desta pesquisa partiu da necessidade de melhorar o trabalho realizado no SERAS/HUSM.

Quanto à sua estrutura, o texto “Ações estratégicas para o SERAS/HUSM” dá recomendações quanto à gestão informacional do órgão considerando a Lei de Acesso à Informação (Lei Nº 12.527 de 18/11/2011).

A execução deste trabalho contou com o levantamento de documentos e sua análise bem como a realização de entrevista com três pessoas ligadas à cargos importantes no SERAS/HUSM, e partir de suas vozes tentou-se conhecer as principais falhas em questões que podem ser incrementadas e tomadas de modo mais eficiente.

Dessa forma, este documento que contém cinco estratégias visa alertar para o atendimento de necessidades mais prementes do SERAS/HUSM e servindo como meio de apresentar as possibilidades de contribuição de um estudo de Mestrado para a gestão pública do HUSM.

A proposta apresentada a seguir, disposta em um quadro, serve como base para aprimorar e ou modificar os processos de gestão da informação no Setor, com intuito de qualificar as informações produzidas promovendo transparência aos cidadãos dentro dos princípios norteadores do SUS e amparados nos preceitos legais da Lei de Acesso à Informação.

ESTRATÉGIA Nº 1

Criar um portal de informações para o SERAS por meio eletrônico no *site* <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm>, que atenda aos requisitos da LAI expostos no Quadro 1 da Dissertação de Mestrado do Autor.

Ação

Propor ao SGPTI desenvolver um espaço que contenha todas informações necessárias do SERAS, juntamente com seus processos e serviços de forma integrada no *site*.

Justificativa

O portal deve ter a finalidade interna de orientar e padronizar os processos do Setor e de forma externa promover transparência através das informações cabíveis de divulgação, recuperação de informações e demais solicitações necessárias que a Lei de Acesso à Informação garante.

ESTRATÉGIA Nº 2

Delegar um quantitativo de servidores para desenvolver atividades de monitoramento dos serviços.

Ação

Propor a criação de uma unidade de monitoramento para as hierarquias superiores composta por servidores de carreira qualificados na área de estatística.

Justificativa

A necessidade de monitoramento é de extrema importância para os indicadores do SERAS e para o HUSM como um todo, visto que uma das lacunas apontadas é a fragmentação da informação. Sabe-se que também tem a necessidade de monitoramento da contratualização dos serviços com o Estado. Uma unidade de monitoramento qualifica as informações do setor

em nível interno e conseqüentemente externo, promovendo transparência nos serviços prestados e qualidade nos indicadores hospitalares.

ESTRATÉGIA Nº 3

Criar um programa de integração para o Setor (possibilidade de expansão para a instituição HUSM).

Ação

Propor a criação de uma comissão para elaborar um Programa de Integração para colaboradores e terceirizados.

Justificativa

Atualmente não existe um programa de integração aos serviços no HUSM, desta forma o quantitativo de erros registrados diariamente e rotatividade nos postos de trabalhos é elevado. Um Programa de Integração qualifica os colaboradores nos serviços do SERAS e conseqüentemente qualifica o registro das informações produzidas e operacionalização dos processos, facilitando a recuperação das informações por parte dos profissionais e usuários.

ESTRATÉGIA Nº 4

Unificar os serviços de agendamentos ligados ao setor.

Ação

Concentrar em um espaço físico estruturado todos serviços de agendamento do setor (multimarcação).

Justificativa

Hoje os serviços do SERAS encontram-se distantes em sua estrutura física. Uma reestruturação dos serviços de agendamentos em um único local qualificaria os agendamentos para os pacientes e profissionais e diminuiria custos a instituição diminuindo o absenteísmo na realização de consultas, exames e procedimentos. Unificar agendamentos de consultas, exames, cirurgias é primordial para gerenciar as informações produzidas por estes serviços, visto que são serviços vinculados em suas estruturas.

ESTRATÉGIA Nº 5

Utilizar as tecnologias oferecidas pela instituição de forma integrada nos serviços.





Ação

Estruturar as novas tecnologias que a instituição oferece contratadas no pacote Office.

Justificativa

As ferramentas colaborativas visam facilitar a comunicação, registros, planejamento, gestão entre outras necessidades institucionais e buscar alinhar as legislações. O pacote Office 365 contém programas ofertados em modo *bussines*, como *Microsoft Teams*, *One Drive*, *Microsoft Excel*, *Microsoft Word*, *Microsoft Outlook*, *Microsoft PowerPoint*, *Microsoft SharePoint*, *Microsoft OneNote*, *Microsoft Sway*, *Whiteboard*, *Power Apps (PowerBii)*, *Kaizala*, *Yammer*, *To do*, *Dynamics 365*, *Bookings* e *MyAnalytics*.

ANEXO A – SOLICITAÇÃO PARA APRECIÇÃO DE PROJETOS

			Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	
---	---	---	--	---

SOLICITAÇÃO DE APRECIÇÃO PARA EXECUÇÃO DE PROJETOS NO HUSM/UFSM

Data: 12/02/2019
 Pesquisadora: GUSTAVO BENETTI
 Função: ASSIS ADMINISTRATIVO SIAPE: 1844721 Telefone: 55-992038866
 E-mail: GUSTAVO.BENETTI@EBSEERH Unidade/Curso: PPGOP
 Título:

ESTRATEGIAS DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO HUSM ALINHADAS A LEI DE ACESSO A INFORMAÇÃO

TIPO DE PROJETO: () Pesquisa () Extensão () Ensino () Institucional
 FINALIDADE: () TCC Graduação () TCC Especialização (X) Dissertação Mestrado () Tese Doutorado () Pós-Doutorado () Iniciação Científica () Outro
 Curso/Programa/Setor: PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DE GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS
 TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde () Epidemiológico () Clínica Epidemiológica Observacional () Infraestrutura () Avaliação de Tecnologia em Saúde () Biomédica (Sinto Sensus) () Pré-Clinica () Qualitativa (X) Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas, Programa e Serviços da Saúde () Outras ações de C & T () Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV
 O Estudo é Multicêntrico? (X) Não () Sim Centro Responsável:

Relacionado à Grupo de Pesquisa? (X) Não () Sim, Qual?

Período Execução: Ano (Início): 2019 Ano (Término): 2020
 FONTE(S) DE FINANCIAMENTO: () Edital Interno do HUSM () Edital Externo da UFSM () Indústria Farmacêutica () Agência Pública de Fomento Nacional () Agência de Fomento Internacional (X) Outros:
 Quais(is)? PRÓPRIO PESQUISADOR

OBS: A fonte de financiamento de pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

Gustavo Benetti

Assis. Unidade Reguladora Assistencial
 EBSEERH/HUSM - SIAPE 1844721

APRECIÇÃO DOS SETORES DO HUSM ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO PROJETO

Unidades/Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto		Assinatura e Carimbo da Chefe/Responsável
<u>GERÊNCIA ATENÇÃO À SAÚDE</u>	(X) Sim	() Não	<u>Enf. Esp. T. C. Gustavo</u> Gerência de Atenção à Saúde HUSM-EXSOM CONV. 15.959
<u>SERAS</u>	(X) Sim	() Não	
<u>UNIDADE REGULADOR ASSISTENCIAL</u>	(X) Sim	() Não	<u>CEISO ANTONIO RIVETTA</u>
	() Sim	() Não	
	() Sim	() Não	<u>CEISO ANTONIO RIVETTA</u> Chefe da Unid. de Proc. da Inf. Ass. Monit. e Aval. SIAPE 147708 - HUSM / EBSEERH
	() Sim	() Não	<u>Gustavo Benetti</u> Assis. Unidade Reguladora Assistencial EBSEERH/HUSM - SIAPE 1844721

OBS: Após a obtenção das assinaturas das unidades/setores, registrar o projeto no Portal SIEweb, quando registrar o projeto.

NÃO VALE COMO APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

ANEXO B – LEI Nº 12.527 NA ÍNTEGRA

LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011.

Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei Nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei Nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal.

Parágrafo único. Subordinam-se ao regime desta Lei:

- I - os órgãos públicos integrantes da administração direta dos Poderes Executivo, Legislativo, incluindo as Cortes de Contas, e Judiciário e do Ministério Público;
- II - as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Art. 2º Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, às entidades privadas sem fins lucrativos que recebam, para realização de ações de interesse público, recursos públicos diretamente do orçamento ou mediante subvenções sociais, contrato de gestão, termo de parceria, convênios, acordo, ajustes ou outros instrumentos congêneres.

Parágrafo único. A publicidade a que estão submetidas as entidades citadas no **caput** refere-se à parcela dos recursos públicos recebidos e à sua destinação, sem prejuízo das prestações de contas a que estejam legalmente obrigadas.

Art. 3º Os procedimentos previstos nesta Lei destinam-se a assegurar o direito fundamental de acesso à informação e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes:

- I - observância da publicidade como preceito geral e do sigilo como exceção;
- II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações;
- III - utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação;
- IV - fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública;
- V - desenvolvimento do controle social da administração pública.

Art. 4º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

- I - informação: dados, processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato;
- II - documento: unidade de registro de informações, qualquer que seja o suporte ou formato;
- III - informação sigilosa: aquela submetida temporariamente à restrição de acesso público em razão de sua imprescindibilidade para a segurança da sociedade e do Estado;

IV - informação pessoal: aquela relacionada à pessoa natural identificada ou identificável;

V - tratamento da informação: conjunto de ações referentes à produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transporte, transmissão, distribuição, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação, destinação ou controle da informação;

VI - disponibilidade: qualidade da informação que pode ser conhecida e utilizada por indivíduos, equipamentos ou sistemas autorizados;

VII - autenticidade: qualidade da informação que tenha sido produzida, expedida, recebida ou modificada por determinado indivíduo, equipamento ou sistema;

VIII - integridade: qualidade da informação não modificada, inclusive quanto à origem, trânsito e destino;

IX - primariedade: qualidade da informação coletada na fonte, com o máximo de detalhamento possível, sem modificações.

Art. 5º É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão.

CAPÍTULO II

DO ACESSO A INFORMAÇÕES E DA SUA DIVULGAÇÃO

Art. 6º Cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, assegurar a:

I - gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação;

II - proteção da informação, garantindo-se sua disponibilidade, autenticidade e integridade;

III - proteção da informação sigilosa e da informação pessoal, observada a sua disponibilidade, autenticidade, integridade e eventual restrição de acesso.

Art. 7º O acesso à informação de que trata esta Lei compreende, entre outros, os direitos de obter:

I - orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada;

II - informação contida em registros ou documentos, produzidos ou acumulados por seus órgãos ou entidades, recolhidos ou não a arquivos públicos;

III - informação produzida ou custodiada por pessoa física ou entidade privada decorrente de qualquer vínculo com seus órgãos ou entidades, mesmo que esse vínculo já tenha cessado;

IV - informação primária, íntegra, autêntica e atualizada;

V - informação sobre atividades exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços;

VI - informação pertinente à administração do patrimônio público, utilização de recursos públicos, licitação, contratos administrativos; e

VII - informação relativa:

a) à implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como metas e indicadores propostos;

b) ao resultado de inspeções, auditorias, prestações e tomadas de contas realizadas pelos órgãos de controle interno e externo, incluindo prestações de contas relativas a exercícios anteriores.

§ 1º O acesso à informação previsto no **caput** não compreende as informações referentes a projetos de pesquisa e desenvolvimento científicos ou tecnológicos cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

§ 2º Quando não for autorizado acesso integral à informação por ser ela parcialmente sigilosa, é assegurado o acesso à parte não sigilosa por meio de certidão, extrato ou cópia com ocultação da parte sob sigilo.

§ 3º O direito de acesso aos documentos ou às informações neles contidas utilizados como fundamento da tomada de decisão e do ato administrativo será assegurado com a edição do ato decisório respectivo.

§ 4º A negativa de acesso às informações objeto de pedido formulado aos órgãos e entidades referidas no art. 1º, quando não fundamentada, sujeitará o responsável a medidas disciplinares, nos termos do art. 32 desta Lei.

§ 5º Informado do extravio da informação solicitada, poderá o interessado requerer à autoridade competente a imediata abertura de sindicância para apurar o desaparecimento da respectiva documentação.

§ 6º Verificada a hipótese prevista no § 5º deste artigo, o responsável pela guarda da informação extraviada deverá, no prazo de 10 (dez) dias, justificar o fato e indicar testemunhas que comprovem sua alegação.

Art. 8º É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas.

§ 1º Na divulgação das informações a que se refere o **caput**, deverão constar, no mínimo:

I - registro das competências e estrutura organizacional, endereços e telefones das respectivas unidades e horários de atendimento ao público;

II - registros de quaisquer repasses ou transferências de recursos financeiros;

III - registros das despesas;

IV - informações concernentes a procedimentos licitatórios, inclusive os respectivos editais e resultados, bem como a todos os contratos celebrados;

V - dados gerais para o acompanhamento de programas, ações, projetos e obras de órgãos e entidades; e

VI - respostas a perguntas mais frequentes da sociedade.

§ 2º Para cumprimento do disposto no **caput**, os órgãos e entidades públicas deverão utilizar todos os meios e instrumentos legítimos de que dispuserem, sendo obrigatória a divulgação em sítios oficiais da rede mundial de computadores (internet).

§ 3º Os sítios de que trata o § 2º deverão, na forma de regulamento, atender, entre outros, aos seguintes requisitos:

I - conter ferramenta de pesquisa de conteúdo que permita o acesso à informação de forma objetiva, transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão;

II - possibilitar a gravação de relatórios em diversos formatos eletrônicos, inclusive abertos e não proprietários, tais como planilhas e texto, de modo a facilitar a análise das informações;

III - possibilitar o acesso automatizado por sistemas externos em formatos abertos, estruturados e legíveis por máquina;

IV - divulgar em detalhes os formatos utilizados para estruturação da informação;

V - garantir a autenticidade e a integridade das informações disponíveis para acesso;

VI - manter atualizadas as informações disponíveis para acesso;

VII - indicar local e instruções que permitam ao interessado comunicar-se, por via eletrônica ou telefônica, com o órgão ou entidade detentora do sítio; e

VIII - adotar as medidas necessárias para garantir a acessibilidade de conteúdo para pessoas com deficiência, nos termos do art. 17 da Lei Nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, e do art. 9º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pelo Decreto Legislativo Nº 186, de 9 de julho de 2008.

§ 4º Os Municípios com população de até 10.000 (dez mil) habitantes ficam dispensados da divulgação obrigatória na internet a que se refere o § 2º, mantida a obrigatoriedade de

divulgação, em tempo real, de informações relativas à execução orçamentária e financeira, nos critérios e prazos previstos no art. 73-B da Lei Complementar Nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal).

Art. 9º O acesso a informações públicas será assegurado mediante:

I - criação de serviço de informações ao cidadão, nos órgãos e entidades do poder público, em local com condições apropriadas para:

- a) atender e orientar o público quanto ao acesso a informações;
- b) informar sobre a tramitação de documentos nas suas respectivas unidades;
- c) protocolizar documentos e requerimentos de acesso a informações; e

II - realização de audiências ou consultas públicas, incentivo à participação popular ou a outras formas de divulgação.

CAPÍTULO III

DO PROCEDIMENTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

Seção I Do Pedido de Acesso

Art. 10. Qualquer interessado poderá apresentar pedido de acesso a informações aos órgãos e entidades referidos no art. 1º desta Lei, por qualquer meio legítimo, devendo o pedido conter a identificação do requerente e a especificação da informação requerida.

§ 1º Para o acesso a informações de interesse público, a identificação do requerente não pode conter exigências que inviabilizem a solicitação.

§ 2º Os órgãos e entidades do poder público devem viabilizar alternativa de encaminhamento de pedidos de acesso por meio de seus sítios oficiais na internet.

§ 3º São vedadas quaisquer exigências relativas aos motivos determinantes da solicitação de informações de interesse público.

Art. 11. O órgão ou entidade pública deverá autorizar ou conceder o acesso imediato à informação disponível.

§ 1º Não sendo possível conceder o acesso imediato, na forma disposta no **caput**, o órgão ou entidade que receber o pedido deverá, em prazo não superior a 20 (vinte) dias:

I - comunicar a data, local e modo para se realizar a consulta, efetuar a reprodução ou obter a certidão;

II - indicar as razões de fato ou de direito da recusa, total ou parcial, do acesso pretendido; ou

III - comunicar que não possui a informação, indicar, se for do seu conhecimento, o órgão ou a entidade que a detém, ou, ainda, remeter o requerimento a esse órgão ou entidade, cientificando o interessado da remessa de seu pedido de informação.

§ 2º O prazo referido no § 1º poderá ser prorrogado por mais 10 (dez) dias, mediante justificativa expressa, da qual será cientificado o requerente.

§ 3º Sem prejuízo da segurança e da proteção das informações e do cumprimento da legislação aplicável, o órgão ou entidade poderá oferecer meios para que o próprio requerente possa pesquisar a informação de que necessitar.

§ 4º Quando não for autorizado o acesso por se tratar de informação total ou parcialmente sigilosa, o requerente deverá ser informado sobre a possibilidade de recurso, prazos e condições para sua interposição, devendo, ainda, ser-lhe indicada a autoridade competente para sua apreciação.

§ 5º A informação armazenada em formato digital será fornecida nesse formato, caso haja anuência do requerente.

§ 6º Caso a informação solicitada esteja disponível ao público em formato impresso, eletrônico ou em qualquer outro meio de acesso universal, serão informados ao requerente, por escrito, o lugar e a forma pela qual se poderá consultar, obter ou reproduzir a referida informação,

procedimento esse que desonerará o órgão ou entidade pública da obrigação de seu fornecimento direto, salvo se o requerente declarar não dispor de meios para realizar por si mesmo tais procedimentos.

Art. 12. O serviço de busca e fornecimento da informação é gratuito, salvo nas hipóteses de reprodução de documentos pelo órgão ou entidade pública consultada, situação em que poderá ser cobrado exclusivamente o valor necessário ao ressarcimento do custo dos serviços e dos materiais utilizados.

Parágrafo único. Estará isento de ressarcir os custos previstos no **caput** todo aquele cuja situação econômica não lhe permita fazê-lo sem prejuízo do sustento próprio ou da família, declarada nos termos da Lei Nº 7.115, de 29 de agosto de 1983.

Art. 13. Quando se tratar de acesso à informação contida em documento cuja manipulação possa prejudicar sua integridade, deverá ser oferecida a consulta de cópia, com certificação de que esta confere com o original.

Parágrafo único. Na impossibilidade de obtenção de cópias, o interessado poderá solicitar que, a suas expensas e sob supervisão de servidor público, a reprodução seja feita por outro meio que não ponha em risco a conservação do documento original.

Art. 14. É direito do requerente obter o inteiro teor de decisão de negativa de acesso, por certidão ou cópia.

Seção II Dos Recursos

Art. 15. No caso de indeferimento de acesso a informações ou às razões da negativa do acesso, poderá o interessado interpor recurso contra a decisão no prazo de 10 (dez) dias a contar da sua ciência.

Parágrafo único. O recurso será dirigido à autoridade hierarquicamente superior à que exarou a decisão impugnada, que deverá se manifestar no prazo de 5 (cinco) dias.

Art. 16. Negado o acesso a informação pelos órgãos ou entidades do Poder Executivo Federal, o requerente poderá recorrer à Controladoria-Geral da União, que deliberará no prazo de 5 (cinco) dias se:

I - o acesso à informação não classificada como sigilosa for negado;

II - a decisão de negativa de acesso à informação total ou parcialmente classificada como sigilosa não indicar a autoridade classificadora ou a hierarquicamente superior a quem possa ser dirigido pedido de acesso ou desclassificação;

III - os procedimentos de classificação de informação sigilosa estabelecidos nesta Lei não tiverem sido observados; e

IV - estiverem sendo descumpridos prazos ou outros procedimentos previstos nesta Lei.

§ 1º O recurso previsto neste artigo somente poderá ser dirigido à Controladoria-Geral da União depois de submetido à apreciação de pelo menos uma autoridade hierarquicamente superior àquela que exarou a decisão impugnada, que deliberará no prazo de 5 (cinco) dias.

§ 2º Verificada a procedência das razões do recurso, a Controladoria-Geral da União determinará ao órgão ou entidade que adote as providências necessárias para dar cumprimento ao disposto nesta Lei.

§ 3º Negado o acesso à informação pela Controladoria-Geral da União, poderá ser interposto recurso à Comissão Mista de Reavaliação de Informações, a que se refere o art. 35.

Art. 17. No caso de indeferimento de pedido de desclassificação de informação protocolado em órgão da administração pública federal, poderá o requerente recorrer ao Ministro de Estado da área, sem prejuízo das competências da Comissão Mista de Reavaliação de Informações, previstas no art. 35, e do disposto no art. 16.

§ 1º O recurso previsto neste artigo somente poderá ser dirigido às autoridades mencionadas depois de submetido à apreciação de pelo menos uma autoridade hierarquicamente superior à autoridade que exarou a decisão impugnada e, no caso das Forças Armadas, ao respectivo Comando.

§ 2º Indeferido o recurso previsto no **caput** que tenha como objeto a desclassificação de informação secreta ou ultrassecreta, caberá recurso à Comissão Mista de Reavaliação de Informações prevista no art. 35.

Art. 18. Os procedimentos de revisão de decisões denegatórias proferidas no recurso previsto no art. 15 e de revisão de classificação de documentos sigilosos serão objeto de regulamentação própria dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Ministério Público, em seus respectivos âmbitos, assegurado ao solicitante, em qualquer caso, o direito de ser informado sobre o andamento de seu pedido.

Art. 19. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º Os órgãos do Poder Judiciário e do Ministério Público informarão ao Conselho Nacional de Justiça e ao Conselho Nacional do Ministério Público, respectivamente, as decisões que, em grau de recurso, negarem acesso a informações de interesse público.

Art. 20. Aplica-se subsidiariamente, no que couber, a Lei Nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, ao procedimento de que trata este Capítulo.

CAPÍTULO IV

DAS RESTRIÇÕES DE ACESSO À INFORMAÇÃO

Seção I

Disposições Gerais

Art. 21. Não poderá ser negado acesso à informação necessária à tutela judicial ou administrativa de direitos fundamentais.

Parágrafo único. As informações ou documentos que versem sobre condutas que impliquem violação dos direitos humanos praticada por agentes públicos ou a mando de autoridades públicas não poderão ser objeto de restrição de acesso.

Art. 22. O disposto nesta Lei não exclui as demais hipóteses legais de sigilo e de segredo de justiça nem as hipóteses de segredo industrial decorrentes da exploração direta de atividade econômica pelo Estado ou por pessoa física ou entidade privada que tenha qualquer vínculo com o poder público.

Seção II

Da Classificação da Informação quanto ao Grau e Prazos de Sigilo

Art. 23. São consideradas imprescindíveis à segurança da sociedade ou do Estado e, portanto, passíveis de classificação as informações cuja divulgação ou acesso irrestrito possam:

- I - pôr em risco a defesa e a soberania nacionais ou a integridade do território nacional;
- II - prejudicar ou pôr em risco a condução de negociações ou as relações internacionais do País, ou as que tenham sido fornecidas em caráter sigiloso por outros Estados e organismos internacionais;
- III - pôr em risco a vida, a segurança ou a saúde da população;
- IV - oferecer elevado risco à estabilidade financeira, econômica ou monetária do País;
- V - prejudicar ou causar risco a planos ou operações estratégicos das Forças Armadas;
- VI - prejudicar ou causar risco a projetos de pesquisa e desenvolvimento científico ou tecnológico, assim como a sistemas, bens, instalações ou áreas de interesse estratégico nacional;
- VII - pôr em risco a segurança de instituições ou de altas autoridades nacionais ou estrangeiras e seus familiares; ou

VIII - comprometer atividades de inteligência, bem como de investigação ou fiscalização em andamento, relacionadas com a prevenção ou repressão de infrações.

Art. 24. A informação em poder dos órgãos e entidades públicas, observado o seu teor e em razão de sua imprescindibilidade à segurança da sociedade ou do Estado, poderá ser classificada como ultrassecreta, secreta ou reservada.

§ 1º Os prazos máximos de restrição de acesso à informação, conforme a classificação prevista no **caput**, vigoram a partir da data de sua produção e são os seguintes:

I - ultrassecreta: 25 (vinte e cinco) anos;

II - secreta: 15 (quinze) anos; e

III - reservada: 5 (cinco) anos.

§ 2º As informações que puderem colocar em risco a segurança do Presidente e Vice-Presidente da República e respectivos cônjuges e filhos(as) serão classificadas como reservadas e ficarão sob sigilo até o término do mandato em exercício ou do último mandato, em caso de reeleição.

§ 3º Alternativamente aos prazos previstos no § 1º, poderá ser estabelecida como termo final de restrição de acesso a ocorrência de determinado evento, desde que este ocorra antes do transcurso do prazo máximo de classificação.

§ 4º Transcorrido o prazo de classificação ou consumado o evento que defina o seu termo final, a informação tornar-se-á, automaticamente, de acesso público.

§ 5º Para a classificação da informação em determinado grau de sigilo, deverá ser observado o interesse público da informação e utilizado o critério menos restritivo possível, considerados:

I - a gravidade do risco ou dano à segurança da sociedade e do Estado; e

II - o prazo máximo de restrição de acesso ou o evento que defina seu termo final.

Seção III

Da Proteção e do Controle de Informações Sigilosas

Art. 25. É dever do Estado controlar o acesso e a divulgação de informações sigilosas produzidas por seus órgãos e entidades, assegurando a sua proteção. (Regulamento)

§ 1º O acesso, a divulgação e o tratamento de informação classificada como sigilosa ficarão restritos a pessoas que tenham necessidade de conhecê-la e que sejam devidamente credenciadas na forma do regulamento, sem prejuízo das atribuições dos agentes públicos autorizados por lei.

§ 2º O acesso à informação classificada como sigilosa cria a obrigação para aquele que a obteve de resguardar o sigilo.

§ 3º Regulamento disporá sobre procedimentos e medidas a serem adotados para o tratamento de informação sigilosa, de modo a protegê-la contra perda, alteração indevida, acesso, transmissão e divulgação não autorizados.

Art. 26. As autoridades públicas adotarão as providências necessárias para que o pessoal a elas subordinado hierarquicamente conheça as normas e observe as medidas e procedimentos de segurança para tratamento de informações sigilosas.

Parágrafo único. A pessoa física ou entidade privada que, em razão de qualquer vínculo com o poder público, executar atividades de tratamento de informações sigilosas adotará as providências necessárias para que seus empregados, prepostos ou representantes observem as medidas e procedimentos de segurança das informações resultantes da aplicação desta Lei.

Seção IV

Dos Procedimentos de Classificação, Reclassificação e Desclassificação

Art. 27. A classificação do sigilo de informações no âmbito da administração pública federal é de competência: (Regulamento)

I - no grau de ultrassecreto, das seguintes autoridades:

- a) Presidente da República;
- b) Vice-Presidente da República;
- c) Ministros de Estado e autoridades com as mesmas prerrogativas;
- d) Comandantes da Marinha, do Exército e da Aeronáutica; e
- e) Chefes de Missões Diplomáticas e Consulares permanentes no exterior;

II - no grau de secreto, das autoridades referidas no inciso I, dos titulares de autarquias, fundações ou empresas públicas e sociedades de economia mista; e

III - no grau de reservado, das autoridades referidas nos incisos I e II e das que exerçam funções de direção, comando ou chefia, nível DAS 101.5, ou superior, do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores, ou de hierarquia equivalente, de acordo com regulamentação específica de cada órgão ou entidade, observado o disposto nesta Lei.

§ 1º A competência prevista nos incisos I e II, no que se refere à classificação como ultrassecreta e secreta, poderá ser delegada pela autoridade responsável a agente público, inclusive em missão no exterior, vedada a subdelegação.

§ 2º A classificação de informação no grau de sigilo ultrassecreto pelas autoridades previstas nas alíneas “d” e “e” do inciso I deverá ser ratificada pelos respectivos Ministros de Estado, no prazo previsto em regulamento.

§ 3º A autoridade ou outro agente público que classificar informação como ultrassecreta deverá encaminhar a decisão de que trata o art. 28 à Comissão Mista de Reavaliação de Informações, a que se refere o art. 35, no prazo previsto em regulamento.

Art. 28. A classificação de informação em qualquer grau de sigilo deverá ser formalizada em decisão que conterá, no mínimo, os seguintes elementos:

- I - assunto sobre o qual versa a informação;
- II - fundamento da classificação, observados os critérios estabelecidos no art. 24;
- III - indicação do prazo de sigilo, contado em anos, meses ou dias, ou do evento que defina o seu termo final, conforme limites previstos no art. 24; e
- IV - identificação da autoridade que a classificou.

Parágrafo único. A decisão referida no **caput** será mantida no mesmo grau de sigilo da informação classificada.

Art. 29. A classificação das informações será reavaliada pela autoridade classificadora ou por autoridade hierarquicamente superior, mediante provocação ou de ofício, nos termos e prazos previstos em regulamento, com vistas à sua desclassificação ou à redução do prazo de sigilo, observado o disposto no art. 24. (Regulamento)

§ 1º O regulamento a que se refere o **caput** deverá considerar as peculiaridades das informações produzidas no exterior por autoridades ou agentes públicos.

§ 2º Na reavaliação a que se refere o **caput**, deverão ser examinadas a permanência dos motivos do sigilo e a possibilidade de danos decorrentes do acesso ou da divulgação da informação.

§ 3º Na hipótese de redução do prazo de sigilo da informação, o novo prazo de restrição manterá como termo inicial a data da sua produção.

Art. 30. A autoridade máxima de cada órgão ou entidade publicará, anualmente, em sítio à disposição na internet e destinado à veiculação de dados e informações administrativas, nos termos de regulamento:

- I - rol das informações que tenham sido desclassificadas nos últimos 12 (doze) meses;
- II - rol de documentos classificados em cada grau de sigilo, com identificação para referência futura;
- III - relatório estatístico contendo a quantidade de pedidos de informação recebidos, atendidos e indeferidos, bem como informações genéricas sobre os solicitantes.

§ 1º Os órgãos e entidades deverão manter exemplar da publicação prevista no **caput** para consulta pública em suas sedes.

§ 2º Os órgãos e entidades manterão extrato com a lista de informações classificadas, acompanhadas da data, do grau de sigilo e dos fundamentos da classificação.

Seção V

Das Informações Pessoais

Art. 31. O tratamento das informações pessoais deve ser feito de forma transparente e com respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como às liberdades e garantias individuais.

§ 1º As informações pessoais, a que se refere este artigo, relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem:

I - terão seu acesso restrito, independentemente de classificação de sigilo e pelo prazo máximo de 100 (cem) anos a contar da sua data de produção, a agentes públicos legalmente autorizados e à pessoa a que elas se referirem; e

II - poderão ter autorizada sua divulgação ou acesso por terceiros diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa a que elas se referirem.

§ 2º Aquele que obtiver acesso às informações de que trata este artigo será responsabilizado por seu uso indevido.

§ 3º O consentimento referido no inciso II do § 1º não será exigido quando as informações forem necessárias:

I - à prevenção e diagnóstico médico, quando a pessoa estiver física ou legalmente incapaz, e para utilização única e exclusivamente para o tratamento médico;

II - à realização de estatísticas e pesquisas científicas de evidente interesse público ou geral, previstos em lei, sendo vedada a identificação da pessoa a que as informações se referirem;

III - ao cumprimento de ordem judicial;

IV - à defesa de direitos humanos; ou

V - à proteção do interesse público e geral preponderante.

§ 4º A restrição de acesso à informação relativa à vida privada, honra e imagem de pessoa não poderá ser invocada com o intuito de prejudicar processo de apuração de irregularidades em que o titular das informações estiver envolvido, bem como em ações voltadas para a recuperação de fatos históricos de maior relevância.

§ 5º Regulamento disporá sobre os procedimentos para tratamento de informação pessoal.

CAPÍTULO V

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 32. Constituem condutas ilícitas que ensejam responsabilidade do agente público ou militar:

I - recusar-se a fornecer informação requerida nos termos desta Lei, retardar deliberadamente o seu fornecimento ou fornecê-la intencionalmente de forma incorreta, incompleta ou imprecisa;

II - utilizar indevidamente, bem como subtrair, destruir, inutilizar, desfigurar, alterar ou ocultar, total ou parcialmente, informação que se encontre sob sua guarda ou a que tenha acesso ou conhecimento em razão do exercício das atribuições de cargo, emprego ou função pública;

III - agir com dolo ou má-fé na análise das solicitações de acesso à informação;

IV - divulgar ou permitir a divulgação ou acessar ou permitir acesso indevido à informação sigilosa ou informação pessoal;

V - impor sigilo à informação para obter proveito pessoal ou de terceiro, ou para fins de ocultação de ato ilegal cometido por si ou por outrem;

VI - ocultar da revisão de autoridade superior informação sigilosa para beneficiar a si ou a outrem, ou em prejuízo de terceiros; e

VII - destruir ou subtrair, por qualquer meio, documentos concernentes a possíveis violações de direitos humanos por parte de agentes do Estado.

§ 1º Atendido o princípio do contraditório, da ampla defesa e do devido processo legal, as condutas descritas no **caput** serão consideradas:

I - para fins dos regulamentos disciplinares das Forças Armadas, transgressões militares médias ou graves, segundo os critérios neles estabelecidos, desde que não tipificadas em lei como crime ou contravenção penal; ou

II - para fins do disposto na Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e suas alterações, infrações administrativas, que deverão ser apenadas, no mínimo, com suspensão, segundo os critérios nela estabelecidos.

§ 2º Pelas condutas descritas no **caput**, poderá o militar ou agente público responder, também, por improbidade administrativa, conforme o disposto nas Leis Nºs 1.079, de 10 de abril de 1950, e 8.429, de 2 de junho de 1992.

Art. 33. A pessoa física ou entidade privada que detiver informações em virtude de vínculo de qualquer natureza com o poder público e deixar de observar o disposto nesta Lei estará sujeita às seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa;

III - rescisão do vínculo com o poder público;

IV - suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração pública por prazo não superior a 2 (dois) anos; e

V - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública, até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

§ 1º As sanções previstas nos incisos I, III e IV poderão ser aplicadas juntamente com a do inciso II, assegurado o direito de defesa do interessado, no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias.

§ 2º A reabilitação referida no inciso V será autorizada somente quando o interessado efetivar o ressarcimento ao órgão ou entidade dos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso IV.

§ 3º A aplicação da sanção prevista no inciso V é de competência exclusiva da autoridade máxima do órgão ou entidade pública, facultada a defesa do interessado, no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista.

Art. 34. Os órgãos e entidades públicas respondem diretamente pelos danos causados em decorrência da divulgação não autorizada ou utilização indevida de informações sigilosas ou informações pessoais, cabendo a apuração de responsabilidade funcional nos casos de dolo ou culpa, assegurado o respectivo direito de regresso.

Parágrafo único. O disposto neste artigo aplica-se à pessoa física ou entidade privada que, em virtude de vínculo de qualquer natureza com órgãos ou entidades, tenha acesso a informação sigilosa ou pessoal e a submeta a tratamento indevido.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 35. (VETADO).

§ 1º É instituída a Comissão Mista de Reavaliação de Informações, que decidirá, no âmbito da administração pública federal, sobre o tratamento e a classificação de informações sigilosas e terá competência para:

I - requisitar da autoridade que classificar informação como ultrassecreta e secreta esclarecimento ou conteúdo, parcial ou integral da informação;

II - rever a classificação de informações ultrassecretas ou secretas, de ofício ou mediante provocação de pessoa interessada, observado o disposto no art. 7º e demais dispositivos desta Lei; e

III - prorrogar o prazo de sigilo de informação classificada como ultrassecreta, sempre por prazo determinado, enquanto o seu acesso ou divulgação puder ocasionar ameaça externa à soberania nacional ou à integridade do território nacional ou grave risco às relações internacionais do País, observado o prazo previsto no § 1º do art. 24.

§ 2º O prazo referido no inciso III é limitado a uma única renovação.

§ 3º A revisão de ofício a que se refere o inciso II do § 1º deverá ocorrer, no máximo, a cada 4 (quatro) anos, após a reavaliação prevista no art. 39, quando se tratar de documentos ultrassecretos ou secretos.

§ 4º A não deliberação sobre a revisão pela Comissão Mista de Reavaliação de Informações nos prazos previstos no § 3º implicará a desclassificação automática das informações.

§ 5º Regulamento disporá sobre a composição, organização e funcionamento da Comissão Mista de Reavaliação de Informações, observado o mandato de 2 (dois) anos para seus integrantes e demais disposições desta Lei. (Regulamento)

Art. 36. O tratamento de informação sigilosa resultante de tratados, acordos ou atos internacionais atenderá às normas e recomendações constantes desses instrumentos.

Art. 37. É instituído, no âmbito do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, o Núcleo de Segurança e Credenciamento (NSC), que tem por objetivos: (Regulamento)

I - promover e propor a regulamentação do credenciamento de segurança de pessoas físicas, empresas, órgãos e entidades para tratamento de informações sigilosas; e

II - garantir a segurança de informações sigilosas, inclusive aquelas provenientes de países ou organizações internacionais com os quais a República Federativa do Brasil tenha firmado tratado, acordo, contrato ou qualquer outro ato internacional, sem prejuízo das atribuições do Ministério das Relações Exteriores e dos demais órgãos competentes.

Parágrafo único. Regulamento disporá sobre a composição, organização e funcionamento do NSC.

Art. 38. Aplica-se, no que couber, a Lei Nº 9.507, de 12 de novembro de 1997, em relação à informação de pessoa, física ou jurídica, constante de registro ou banco de dados de entidades governamentais ou de caráter público.

Art. 39. Os órgãos e entidades públicas deverão proceder à reavaliação das informações classificadas como ultrassecretas e secretas no prazo máximo de 2 (dois) anos, contado do termo inicial de vigência desta Lei.

§ 1º A restrição de acesso a informações, em razão da reavaliação prevista no **caput**, deverá observar os prazos e condições previstos nesta Lei.

§ 2º No âmbito da administração pública federal, a reavaliação prevista no **caput** poderá ser revista, a qualquer tempo, pela Comissão Mista de Reavaliação de Informações, observados os termos desta Lei.

§ 3º Enquanto não transcorrido o prazo de reavaliação previsto no **caput**, será mantida a classificação da informação nos termos da legislação precedente.

§ 4º As informações classificadas como secretas e ultrassecretas não reavaliadas no prazo previsto no **caput** serão consideradas, automaticamente, de acesso público.

Art. 40. No prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da vigência desta Lei, o dirigente máximo de cada órgão ou entidade da administração pública federal direta e indireta designará autoridade que lhe seja diretamente subordinada para, no âmbito do respectivo órgão ou entidade, exercer as seguintes atribuições:

I - assegurar o cumprimento das normas relativas ao acesso a informação, de forma eficiente e adequada aos objetivos desta Lei;

II - monitorar a implementação do disposto nesta Lei e apresentar relatórios periódicos sobre o seu cumprimento;

III - recomendar as medidas indispensáveis à implementação e ao aperfeiçoamento das normas e procedimentos necessários ao correto cumprimento do disposto nesta Lei; e

IV - orientar as respectivas unidades no que se refere ao cumprimento do disposto nesta Lei e seus regulamentos.

Art. 41. O Poder Executivo Federal designará órgão da administração pública federal responsável:

I - pela promoção de campanha de abrangência nacional de fomento à cultura da transparência na administração pública e conscientização do direito fundamental de acesso à informação;

II - pelo treinamento de agentes públicos no que se refere ao desenvolvimento de práticas relacionadas à transparência na administração pública;

III - pelo monitoramento da aplicação da lei no âmbito da administração pública federal, concentrando e consolidando a publicação de informações estatísticas relacionadas no art. 30;

IV - pelo encaminhamento ao Congresso Nacional de relatório anual com informações atinentes à implementação desta Lei.

Art. 42. O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 43. O inciso VI do art. 116 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 116” (NR)

VI - levar as irregularidades de que tiver ciência em razão do cargo ao conhecimento da autoridade superior ou, quando houver suspeita de envolvimento desta, ao conhecimento de outra autoridade competente para apuração

Art. 44. O Capítulo IV do Título IV da Lei Nº 8.112, de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 126-A:

“Art. 126-A. Nenhum servidor poderá ser responsabilizado civil, penal ou administrativamente por dar ciência à autoridade superior ou, quando houver suspeita de envolvimento desta, a outra autoridade competente para apuração de informação concernente à prática de crimes ou improbidade de que tenha conhecimento, ainda que em decorrência do exercício de cargo, emprego ou função pública.”

Art. 45. Cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, em legislação própria, obedecidas as normas gerais estabelecidas nesta Lei, definir regras específicas, especialmente quanto ao disposto no art. 9º e na Seção II do Capítulo III.

Art. 46. Revogam-se:

I - a Lei Nº 11.111, de 5 de maio de 2005; e

II - os arts. 22 a 24 da Lei Nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991.

Art. 47. Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

Brasília, 18 de novembro de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF