



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS ARARANGUÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TÉCNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO

Lilian Venâncio Nolla da Silva

**Avaliação da aplicação de ferramenta ágil para gestão do acesso aos serviços
de saúde em uma central de regulação ambulatorial**

Araranguá/SC

2019

Lilian Venâncio Nolla da Silva

Avaliação da aplicação de ferramenta ágil para gestão do acesso aos serviços de saúde em uma central de regulação ambulatorial

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Tecnologias da Informação e Comunicação.

Orientador: Prof. Dr. Vilson Gruber

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Marcondes Carvalho Junior.

Araranguá/SC

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pela autora através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Lilian Venâncio Nolla da
Avaliação da aplicação de ferramenta ágil para gestão do acesso aos serviços de saúde em uma central de regulação ambulatorial / Lilian Venâncio Nolla da Silva ; orientador, Wilson Gruber, coorientador, Paulo Marcondes Carvalho Júnior, 2019.
108 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação, Araranguá, 2019.

Inclui referências.

1. Tecnologias da Informação e Comunicação. 2. Ferramenta ágil de gestão. 3. Gestão Pública de Saúde. 4. Sistema de Regulação. I. Gruber, Wilson. II. Carvalho Júnior, Paulo Marcondes. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação. IV. Título.

Lilian Venâncio Nolla da Silva

Avaliação da aplicação de ferramenta ágil para gestão do acesso aos serviços de saúde em uma central de regulação ambulatorial

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Paulo César Leite Esteves, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Roderval Marcelino, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Gentil Veloso Barbosa, Dr.
Universidade Federal do Tocantins – UFT

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Tecnologias da Informação e Comunicação

Prof.^a Andréa Cristina Trierweiller, Dr.
Coordenadora do Curso na UFSC

Prof. Vilson Gruber, Dr.
Orientador

Araranguá, 20 de setembro de 2019.

Dedico este trabalho a todos os profissionais da Saúde de Araranguá, especialmente, aos meus colegas de Regulação.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus pelo dom da vida.

À minha família, pelo apoio que recebi de forma incondicional durante todo o trajeto percorrido até aqui. Ao meu amado esposo Beto, parceiro inseparável que esteve comigo em todos os momentos na construção, discussão e execução dessa pesquisa.

Aos professores do Mestrado de TIC, pelos ensinamentos compartilhados e, em especial, à amizade criada. Ao Professor Vilson Gruber que me orientou desde o início do Mestrado, apoiou todas as minhas ideias e motivações de pesquisa, foi paciente e preocupado com todo o processo. Ao professor Paulo Marcondes Carvalho Junior que me orientou nas organizações das ideias, me motivou e me acalmou nos mais diversos conflitos dos pensamentos, sempre disposto a colaborar.

A todos os funcionários e colaboradores da UFSC - campus Araranguá, pelo apoio dado durante o trajeto.

Aos meus colegas de Mestrado de TIC, pela troca de experiências de vida, que me engrandeceram como pessoa e, especialmente, às minhas queridas colegas Joana e Gabrielle que estiveram ao meu lado em inúmeros momentos, foram pacientes e deram muito apoio nas mais diversas pesquisas.

Agradecimentos especiais à Secretaria de Saúde de Araranguá, local onde exerço minha profissão de enfermeira e que foi utilizado como fonte de pesquisa para este trabalho.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para chegar à conclusão deste trabalho, o meu "Muito obrigada".

Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.
(Florence Nightingale)

RESUMO

Considerando o contexto atual de acelerado avanço de mecanismos e ferramentas de gerenciamento de projetos, combinado à carência do setor da saúde em quesitos que se referem a esta área, a utilização de ferramentas ágeis no gerenciamento de projetos é uma importante aliada na otimização de sistemas que tornam processos mais eficientes e eficazes. No Sistema Único de Saúde – SUS, o gerenciamento de informações e acessos existe por meio de sistemas específicos. Dentre os sistemas existentes, um se destaca neste estudo: o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, que tem por finalidade regular os acessos especializados em saúde, abrangendo consultas médicas, exames e procedimentos em saúde. No SISREG, equipes designadas pelos gerentes em saúde de cada esfera, Municipal, Estadual e Federal, utilizam o mesmo sistema de gerenciamento.

Constatou-se então, por meio de observação, a ausência de aplicação de ferramentas ágeis na gestão das equipes e processos, bem como a viabilidade de uma evolução significativa a partir do uso do sistema pelas equipes. Sendo assim, neste estudo, pretendeu-se definir, analisar e aplicar ferramentas ágeis em ambiente ambulatorial, envolvendo profissionais da área da Saúde Pública Municipal, em município brasileiro. Nesta pesquisa foram aplicadas duas ferramentas ágeis dentro de uma Equipe de Regulação Municipal, quais sejam: SCRUM e CANVAS. Antes da aplicação observou-se a necessidade de melhorar a comunicação, a articulação e o fechamento de informações entre os membros da equipe que serviu de motivação para o desenvolvimento deste trabalho. De modo geral, e como constatado, o gerenciamento proposto aqui promoveu verdadeiro avanço positivo em razão da aplicação das ferramentas ágeis. A implantação de ambas as ferramentas, de forma conjunta, mostrou-se necessária a fim de que, principalmente, houvesse motivação na equipe. Concluiu-se que a utilização das ferramentas ágeis motivou a equipe, trazendo resultados no sentido de nivelamento dos conhecimentos e promoção de mais conhecimentos explícitos que antes eram tácitos e otimizando os projetos em questão.

Palavras-chave: Ferramenta Ágil de Gestão. Gestão Pública de Saúde. Sistema de Regulação.

ABSTRACT

Considering the current context of rapid advancement of project management mechanisms and tools, combined with the health sector's lack of issues in this area, the use of agile project management tools is an important ally in optimizing systems that make processes more efficient and effective. In the Unified Health System - SUS, the management of information and access exists through specific systems. Among the existing systems, one stands out in this study: the National Regulation System - SISREG, which aims to regulate specialized access to health, including medical appointments, examinations and health procedures. In SISREG, teams designated by the health managers of each Municipality, State, or even by the federal level, use the same management system. It was found, by observation, the absence of application of agile tools in the management of teams and processes, as well as the viability of a significant evolution from the use of the system by the teams. Therefore, this study aimed to define, analyze and apply agile tools in an outpatient setting, involving professionals from the Municipal Public Health area, in a Brazilian city. In this research two agile tools were applied within a Municipal Regulation Team, namely: SCRUM and CANVAS. Prior to application, it was noted the need to improve communication, articulation and closure of information between team members that served as motivation for the development of this work. In general and as found, the management proposed here, promoted a real positive advance, due to the application of agile tools, because the application of both tools, together, was necessary in order that, mainly, there were motivation in the team. It was concluded that the use of agile tools motivated the team, bringing results in terms of leveling up knowledge and promoting more explicit knowledge that was previously tacit and optimizing the projects in question.

Keywords: Agile Management Tool. Public Health Management. Regulation System

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do Tempo - História da Saúde Brasileira.....	25
Figura 2 - Níveis de Organização do Espaço da Gestão Interfederativa do SUS	31
Figura 3 - Elementos do processo de planejamento no SUS e suas inter-relações..	32
Figura 4 - Fluxo da Regulação Ambulatorial	34
Figura 5 - Mapa de localização - Araranguá	35
Figura 6 - Ciclo do Scrum.....	47
Figura 7 - Business Model Canvas.....	49
Figura 8 - O Project Model Canvas	50
Figura 9 - As perguntas fundamentais do PM Canvas	51
Figura 10 - Relatório BI	57
Figura 11 - Central de Regulação Municipal	59
Figura 12 - Scrum Adaptado	60
Figura 13 - Código SUS - Procedimento - Central de Regulação	62
Figura 14 - Consulta Ambulatorial - PPI COTAS.....	63
Figura 15 - Protocolo de Acesso - Vaga - Quantidade de Pacientes - Risco - Data de Espera - Espera em Dias - Solicitações com Cid Z000.....	64
Figura 16 - Oferta Mensal - Realizado (faltosos) - Custo SUS - Custo Real	66
Figura 17 - Unidade Solicitante - Solicitações Erradas - Solicitações Devolvidas.....	68
Figura 18 - Solicitações Devolvidas Regulação	69
Figura 19 - Legenda	70
Figura 20 - Scrum desenvolvimento.....	71
Figura 21 - Pitch	72
Figura 22 - Justificativa	73
Figura 23 - Objetivo Smart	73
Figura 24 - Benefícios	74
Figura 25 - Produto	75
Figura 26 - Requisitos	76
Figura 27 - Stakeholders	77
Figura 28 - Equipe.....	78
Figura 29 - Premissas	79
Figura 30 - Grupo de Entregas.....	80
Figura 31 - Restrições	80
Figura 32 - Riscos	81
Figura 33 - Linha do Tempo	82
Figura 34 - Custos.....	83
Figura 35 - Planejamento PM Canvas.....	84
Figura 36 - Modelo Scrum completo	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistemas de Informação ofertados pelo DATASUS	33
Quadro 2 - Classificação da pesquisa	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Busca no repositório institucional.....	22
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

AMESC – Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense

AUTORIZADOR – Módulo Autorizador

BI – Business Intelligence

BLHWed – Sistema de Gerenciamento de Bancos de Leite Humano

CADSUS – Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS

CF – Constituição Federal

CID10 – Cadastro Internacional de Doenças versão 10

CIHA – Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DF – Distrito Federal

DNS – Departamento Nacional da Saúde

e-SUS HOSPITALAR – Sistema de Gestão Hospitalar

e-SUS SAMU – Sistema utilizado para captura de dados do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HEMOVIDA – Sistema de Gerenciamento em Serviços de Hemoterapia

HIPERDIA – Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OPM – Órteses, Próteses e Materiais Especiais

OS – Organização Social

PMBOK – Project Management Body of Knowledge

PNS – Política Nacional de Saúde

PPGTIC – Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação

PPI – Pactuações Programadas Integradas

PROCEF – Estudo e Desenvolvimento de Revestimentos Cerâmicos Fotovoltaicos Aplicados em Arquitetura Bioclimática

PVC – Programa de Volta pra Casa

RAS – Redes de Atenção à Saúde

REDMINE – Sistema de Gestão de Projetos do DATASUS

RedomeNet – Registro de Doadores voluntários não aparentados de medula óssea via internet

SARGSUS – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

SGIF – Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e

SIHD – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado

SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIPNASS – Sistema do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

SIPNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SISCOLO – Sistema de Informação do Colo do Útero

SISGERF – Sistema de Gerenciamento Financeiro

SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama

SISNET – Sistema de Controle e Envio de Lotes

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SMA/SUS – Sistema Municipal de Auditoria

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNA – Sistema Nacional De Auditoria

SNT – Sistema Nacional de Transportes

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	OBJETIVOS	19
1.1.1	Objetivo geral.....	19
1.1.2	Objetivos específicos.....	19
1.2	JUSTIFICATIVA.....	20
1.3	ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	21
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	23
2.2	HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	23
2.2.1	Legislação Estruturante do SUS	26
2.2.2	Gestão do SUS.....	30
2.2.2.1	A organização do SUS	30
2.2.2.2	O processo de planejamento no SUS.....	32
2.2.2.3	Tecnologias da Informação e Comunicação aplicadas no SUS	32
2.2.2.4	Central de Regulação e abrangência geográfica da pesquisa	34
2.2	GESTÃO DE PROJETOS	37
2.3	GERENCIAMENTO DE PROJETOS.....	38
2.4	OS CINCO GRUPOS DE PROCESSOS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS.....	39
2.5	FERRAMENTAS ÁGEIS.....	44
2.5.1	Scrum	45
2.5.2	Canvas.....	49
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
3.1	ESCOPO DA PESQUISA	52
3.2	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	52
4	ETAPAS DA PESQUISA	55
4.1	SITUAÇÃO INICIAL	55
4.2	SITUAÇÃO PROPOSTA.....	58
5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA SOLUÇÃO PROPOSTA	89
5.1	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOLUÇÃO PROPOSTA.....	89
5.2	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	94
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa.....	106

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca avaliar a aplicação de ferramentas ágeis na gestão do acesso aos serviços de saúde em uma Central de Regulação Ambulatorial. Esse capítulo fará introdução do assunto, apresentação do tema e justificativa da escolha.

A Saúde Pública brasileira está vinculada ao Sistema Único de Saúde – SUS, criada para gerenciar os acessos aos serviços de saúde, vinculada ao Ministério da Saúde. Os acessos da população aos serviços de saúde, alguns específicos, devem ser regulados por uma Central de Regulação Ambulatorial, nos termos de normas específicas. A pesquisa parte da hipótese que há uma necessidade de gerenciamento do acesso aos serviços de saúde pelas Centrais de Regulação Ambulatorial. Partindo-se disso, tais serviços devem ser regulados em níveis Federal, Estadual e Municipal.

A partir de pesquisa bibliográfica em âmbito Federal, não se encontrou nenhum registro de utilização ou regulamentação do uso de ferramentas ágeis na regulação ambulatorial. Apesar de constar em norma específica, a saber: DECRETO 1.651/1995, em que explicita-se que as melhores práticas podem ser incorporadas aos procedimentos adotados, não se vê a utilização ou mesmo a indicação de utilização pelas Centrais de Regulação Ambulatorial, por determinação das autoridades federais em matéria de saúde, de qualquer ferramenta ágil na gestão dos acessos.

Continuando, assim como em nível Federal, no Estado de Santa Catarina não se observou a utilização de ferramentas ágeis incorporadas aos procedimentos adotados ou a serem adotados, na Central de Regulação. Em sede de gerenciamento, o que fica mais evidente como diferencial, entretanto, é a publicidade dada à lista de espera de pacientes, presente na lei SC – Lei 17.066/2017. No entanto, tal lista é apenas consultiva, não existindo qualquer interação entre os profissionais responsáveis e aqueles que têm contato com a lista publicada, a fim de troca de informações sobre os procedimentos.

Espera-se a rápida evolução em sede de tratamentos de saúde, seja tanto em termos de quantidade de tratamentos quanto em qualidade. Acompanhando tal entendimento, espera-se que a evolução deva ocorrer também nos sistemas utilizados em saúde, o que se pretendeu avaliar a aplicação de ferramenta ágil na gestão de acesso aos serviços de saúde, implantando tal ferramenta em uma Central de

Regulação Ambulatorial de âmbito municipal, que bem poderá, dependendo dos resultados, ser utilizada por outros municípios, estados e, também, em nível federal.

A fim de contemplar tal objetivo, o presente trabalho é composto por sete (7) capítulos, estruturados da seguinte maneira:

- Capítulo 1: capítulo de introdução, formado pela apresentação do tema, problemática, objetivos, justificativa e aderência ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação (PPGTIC);
- Capítulo 2: contém a revisão bibliográfica, onde os principais assuntos desta dissertação são apresentados;
- Capítulo 3: neste capítulo aborda-se a metodologia científica do presente trabalho;
- Capítulo 4: desenvolvimento da proposta de pesquisa; e,
- Capítulo 5: apresentam-se os resultados e as avaliações da proposta, seguindo com as considerações finais e recomendações para pesquisas futuras.

Ao final, estão as referências bibliográficas utilizadas e apêndice.

1.1 PROBLEMÁTICA

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde - SUS passou por grandes mudanças na prestação de serviços à saúde da população Brasileira. O crescimento da rede pública de saúde se deu em todos os níveis da assistência, desde a atenção básica de saúde que é a saúde coletiva comunitária, onde observa-se um crescimento na tentativa de evitar internações, até as assistências especializadas, nessa área em especial a partir das mudanças dos financiamentos públicos, ofertas dos serviços e na interação com o setor privado (VIACAIA, et al., 2018).

O Ministério da Saúde criou no período de 1999-2002, o Sistema Nacional de Regulação - SISREG, que tem como finalidade auxiliar o gerenciamento de todo complexo regulador, da unidade solicitante (unidade básica de saúde) até a unidade executante de internação (unidade hospitalar). Tal processo visa a humanização dos serviços, maior controle dos fluxos e a otimização dos recursos assistenciais (GIANNOTTI; FONSECA; PANITZ, 2015, p.152).

A partir da Portaria 1.559, de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, deu-se início a articulação das construções dos acessos aos serviços especializados dos estados e municípios, com a implantação das Centrais de Regulação Ambulatoriais e Hospitalares, atuando na

regulação do acesso à assistência em saúde. A Política traz três dimensões de atuação:

1. Regulação de Sistemas de Saúde;
2. Regulação da Atenção à Saúde;
3. Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

No ano de 2017 o Estado de Santa Catarina, publicou a Lei Nº 17.066 de 11 de janeiro, que trata da publicação da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas, exames e intervenções cirúrgicas nos estabelecimentos da rede pública do Estado. Dessa forma, a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde organizaram suas Centrais de Regulação Ambulatoriais e de Internação, aquelas que ainda não haviam implementado (SANTA CATARINA, 2017).

As instâncias de organização do SUS se dão nas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal, garantido na legislação de criação do Sistema Público Brasileiro. A coordenação dos acessos dos serviços especializados de saúde das Centrais de Regulação é do Complexo Regulador Estadual, que atua definindo instrumentos, competências, fluxos e responsabilidades, disposto em Deliberação de Reunião Bipartite (Estado e Municípios) (SANTA CATARINA, 2018).

Diante disso surge a pergunta da problemática dessa pesquisa: Como avaliar a aplicação de ferramenta ágil na gestão dos acessos aos serviços de saúde em uma Central de Regulação Ambulatorial?

1.1 OBJETIVOS

A fim de responder à problemática deste trabalho, definiu-se um objetivo geral e três objetivos específicos, que serão apresentados a seguir.

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a aplicação de ferramenta ágil na gestão dos acessos de saúde em uma Central de Regulação Ambulatorial.

1.1.2 Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo geral, delineiam-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o processo atual de gestão da Central de Regulação Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá;
- Analisar o processo de implantação das ferramentas de gestão ágil na Central Regulação Ambulatorial;
- Verificar a possibilidade de melhoria no processo do trabalho de controle, avaliação e planejamento utilizando ferramentas ágeis de gestão.

1.2 JUSTIFICATIVA

As questões relativas à saúde no Brasil são estruturadas de forma híbrida entre a saúde pública e a privada, esta última sendo considerada como complementar. Toda estrutura de saúde é gerida conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. A Portaria n.º 1559, de 1º de agosto de 2008 “Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS”, a partir daí, é criada uma estrutura de atuação de maneira organizada e integrada entre si: dentro da saúde pública há diversos sistemas secundários, que podem ser utilizados em todas as esferas de prestação de serviços públicos: Federal, Estadual e Municipal. Dentre os sistemas secundários, convém citar o Sistema de uma Central de Regulação Ambulatorial municipal, que tem por finalidade gerenciar e controlar a fila de espera para atendimentos aos pacientes. A Central de Regulação Ambulatorial gerencia uma diversidade ímpar de situações relacionadas às mais diversas doenças, tais como: procedimentos, profissionais, locais da prestação dos serviços, pacientes afetados, maior ou menor urgência nos casos, e etc. Ao vislumbrar que cada Central de Regulação Ambulatorial pode criar seus mecanismos de gerenciamento do sistema (BRASIL, 2008), percebemos a importância da aplicação de uma ferramenta ágil para a gestão dos acessos, porque inexistente qualquer indicação nesse sentido pelos gestores vinculados.

Aplicar, no contexto de uma equipe de Central de Regulação Ambulatorial uma ferramenta ágil para gestão dos acessos em saúde, pode trazer benefícios que vão além de agilizar os próprios procedimentos a serem adotados, impactando diretamente na saúde da população que depende da Saúde Pública.

Melhorar os acessos, através de procedimentos mais intuitivos e melhores práticas, com a equipe executando o trabalho com melhoria contínua é o que se

espera - mais ainda em tema de tamanha importância, como o é a saúde pública e o melhor acesso à população.

Apresenta-se no presente trabalho que, apesar das normas em saúde dependerem de diversas normas – constituição, leis, decretos, regulamentos – há previsão legal expressa de que a melhoria nos procedimentos, depois de corrigidos eventuais erros, possa e deva ser utilizada a partir do ponto que se constatou serem mais benéficos para a Saúde Pública, sem a necessidade de alteração nas normas.

Assim, resta evidente o benefício gerado na utilização de ferramenta ágil para gestão do acesso aos serviços de saúde, mais especificamente, no que diz respeito à gestão de uma Central de Regulação Ambulatorial.

Há vantagens na aplicação de ferramentas ágeis, mas não se verificou em nenhuma esfera de gestão da saúde pública alguma norma ou mesmo indicação por parte dos gestores no sentido de que elas sejam aplicadas. Apesar dos sistemas serem informatizados quanto à gestão dos acessos, o que se percebe é uma abordagem mais tradicional no desenvolvimento de tais sistemas, sendo que aos operadores das Centrais de Regulação Ambulatorial não é dada a oportunidade de planejamento, auto-organização, melhoria constante e desenvolvimento evolucionário dos procedimentos, que são características das metodologias ágeis.

Trazer, para o âmbito da Saúde Pública e seus sistemas de gestão, conceitos amplamente utilizados nas discussões acadêmicas, trará seus reflexos positivos para a população em geral.

1.3 ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido para o Programa de Pós - Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação - PPGTIC, pertencente à linha de Tecnologia, gestão e inovação que busca trabalhar as novas tecnologias da informação e comunicação para o desenvolvimento de novas metodologias, técnicas, e processos para a gestão das organizações. Desta forma, a fim de contemplar o objetivo do programa, esse projeto fez o uso de uma ferramenta de gestão ágil que poderá melhorar o processo de organização da distribuição de atividades e descentralização das atividades.

Apesar do foco do trabalho ter sido em gestão ágil de processos, não se pode deixar de mencionar o uso das ferramentas computacionais, uma vez que toda a pesquisa tem por base dados que se encontram em algum dos sistemas informatizados utilizados pela equipe. Há uma junção da tecnologia computacional com os processos de organização do trabalho dos envolvidos. Procedimentos interpessoais de gestão são aplicados aos membros da equipe que se utilizam das tecnologias disponíveis.

No PPGTIC foi encontrado um trabalho com a temática semelhante, denominado: Gerenciamento ágil de projetos: Estudo de caso no projeto PROCEF, cujo objetivo era Aplicar a abordagem ágil de gerenciamento de projetos “estudo e desenvolvimento de revestimentos cerâmicos fotovoltaicos aplicados em arquitetura bioclimática”, o qual possui caráter inovador, de autoria da aluna Sarah Rezende Guerra. Enquanto no repositório institucional da UFSC, ao fazer a pesquisa pelos termos somados "ferramenta ágil" e "gestão" foi obtido um resultado conforme tabela 1, procurando as palavras chave “Gestão ágil” e “SUS” não houve nenhum resultado.

Tabela 1 - Busca no repositório institucional

Nome do Autor	Título	Tipo	Ano
Bohn, Celísia Liane Ziotti; Marzari, Camila; Kelm, Martinho Luís	ENDOMARKETING: UM NOVO PARADIGMA PARA INTELIGÊNCIA COMPETITIVA	XI Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul	2011

Fonte: Repositório Institucional UFSC

Esses resultados evidenciam a carência de estudos relacionados ao tema, e consequentemente, reiteram o caráter inovador da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde – SUS é o gestor da Saúde Pública brasileira, que tem por base o acesso integral, universal e gratuito em saúde para toda a população do país. É considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de Saúde Pública do mundo (BRASIL, [20--]).

Dada a sua relevância, o SUS é reconhecido como referência mundial, em decorrência da amplitude da sua estrutura: “O Sistema Único de Saúde do Brasil – conhecido como SUS – lançou os alicerces de um sistema de saúde melhor para o país, contribuindo para o bem-estar social e a melhoria da qualidade de vida da população” (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

E para compreender a sua expressão e complexidade, é fundamental entender a sua história.

2.2 HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A Saúde Pública Brasileira teve seus primeiros registros no início de 1808. No entanto, só em 1953 com a criação da Lei Nº 1.920 que se estabelece o Ministério da Saúde (MS), quando assim é organizado, se desdobrando do então Ministério da Educação e Saúde em dois: Ministério da Saúde e Ministério de Educação e Cultura. Dessa forma, assumindo responsabilidades que antes eram do DNS: Departamento Nacional de Saúde (RODRIGUES; ALVES, 1979).

Após três anos, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, com o compromisso de combater a malária, leishmaniose, doença de chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras enfermidades existentes no país. Com isso constituem-se outras estruturas de grande relevância como: o Instituto Oswaldo Cruz, a Escola Nacional de Saúde Pública e o Serviço Especial de Saúde Pública. O Instituto Oswaldo Cruz era o responsável por investigações, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública tinha a tarefa de formação e aperfeiçoamento das equipes. O Serviço Especial de Saúde Pública organizava as técnicas sanitárias e serviços de emergências, saneamento e da assistência médico sanitária nos Estados. Sendo assim, conclui-se, que a história da saúde pública no Brasil é de

combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e as denominadas endemias rurais (FINKELMAN, 2002).

Em 1961 o MS tem o objetivo de redefinir a sua identidade, para manter-se em sintonia aos avanços na esfera econômica social, assim, formula-se a Política Nacional de Saúde (PNS) (SILVA; SCOTTI; SANTOS; DOURADO, 2007).

Seguindo, em 1963 acontece a III Conferência Nacional de Saúde, visando, sobretudo a municipalização.

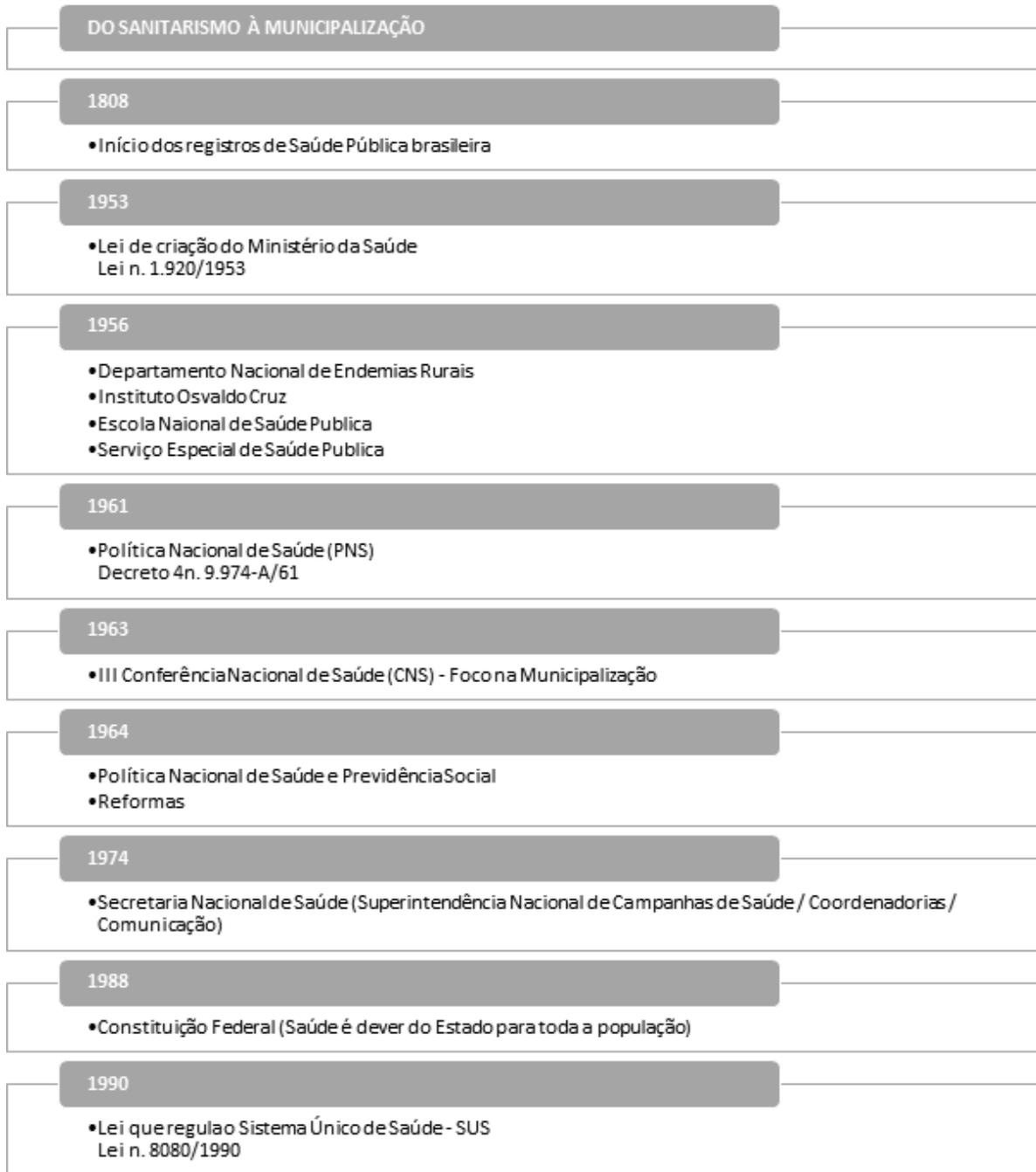
A 3ª Conferência revestiu-se de especial significado na medida em que propôs reforma profunda na estrutura sanitária do país e, pela primeira vez, fixou com clareza uma Política Nacional de Saúde capaz de atender às necessidades do nosso povo a custos suportáveis pela Nação (CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 1992, p.03).

A realidade da Saúde dos Brasileiros no período de 1945 a 1964, com variações, observando os gastos com a saúde pública foram melhores, havendo boas mudanças nas condições sanitárias. Apesar da melhora nas condições sanitárias, não se conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e, também, não houve melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade infantil e mortalidade geral. O MS incorpora a Previdência Social para que de fato possa acontecer a coordenação da PNS que não saía do papel (BRAVO, 2006).

No passo seguinte, com diferença de dez anos, em 13 de novembro de 1974, pelo Decreto Nº 74.891, temos a estrutura básica do Ministério da Saúde. Em seu artigo primeiro, organizava-se em: Política Nacional; Atividades Médicas e paramédicas; Ação preventiva em geral: Vigilância Sanitária de fronteiras e portos marítimos, fluviais e aéreos; Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos; Pesquisa médico sanitária.

A previdência na década de 1980 passou por grande crise, nesse período acontece o fim dos Institutos e dessa realidade nasce as Ações Integradas de Saúde (AIS). Na sequência as AIS foram aprimoradas e se denominou Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), permanecendo assim até 1991, e logo após, enfim, se implantou o SUS, como mostra a figura 1.

Figura 1 - Linha do Tempo - História da Saúde Brasileira



Fonte: Elaborado pelo autor com base no site do Ministério Saúde.

A Constituição Federal (CF) de 1988 determina que a Saúde é um dever do Estado, garantido para toda população (CARVALHO, 2013, p 9 e 10).

O SUS constituído pela CF de 1988, em seu artigo 6º reconhece a saúde como direito social; artigo 196 estabelece dever do Estado garanti-lo de forma universal e igualitária; artigo 197 cabe ao poder público regulamentar, executar e

fiscalizar; e artigo 198 sob diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (ROMERO, 2013, p. 01).

2.2.1 Legislação Estruturante do SUS

Antes de apresentar a legislação estruturante do SUS, convém discorrer brevemente sobre a hierarquia das normas, porque, de forma geral, devem ser estabelecidas as importâncias entre as normas, ante as diferenças de essência e força entre as mesmas. Uma norma de maior importância afasta a aplicação de uma de grau inferior (FERREIRA, [20--]).

Quanto à hierarquia das Leis no ordenamento jurídico brasileiro, existe uma ordem de importância, sendo a “1” de maior importância e a “7” de menor importância:

- 1) Constitucionais;
- 2) Complementares;
- 3) Ordinárias;
- 4) Regulamentos;
- 5) Decisões normativas;
- 6) Normas individuais ou singulares;
- 7) Medidas provisórias.

As autoridades judiciais ou administrativas, neste último caso, Ministros, Diretores, Secretários e demais gestores de órgãos públicos podem normatizar situações a partir de decisões que, no plano da Administração Pública, são definidas em ordem de hierarquia, também onde “1” expressa maior importância, e “5” menor:

- 1) regulamentos;
- 2) portarias;
- 3) avisos;
- 4) ordens internas;
- 5) despachos e outros atos administrativos.

Entretanto, pelo princípio da legalidade, norteador dos atos administrativos, estas decisões normativas não podem contrariar as normas do ordenamento jurídico (MAZZA, 2014).

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, norma de máxima importância no ordenamento jurídico pátrio, estabelece o conjunto de regras de governo que regem o país, “marcou o processo de redemocratização após período de regime militar (1964 a 1985)” (BRASIL, 2019) e

dita o parâmetro de legalidade para todas as demais normas, sempre infraconstitucionais, passadas e futuras que, em seu preâmbulo, assim se fez constar:

“Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.” (BRASIL, 2016).

Há regramentos no texto constitucional que não podem ser revogados, chamados de Cláusulas Pétreas, e dentre estas “estão o sistema federativo do Estado; o voto direto, secreto, universal e periódico; a separação dos Poderes; e os direitos e garantias individuais” (Op. Cit.). Em seu artigo 6º, a Constituição Federal estabelece como Direitos Sociais, dentre outros, a saúde. E, no inciso VII, do artigo 30, indica que compete aos Municípios “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”, todos podendo legislar concorrentemente sobre saúde, ou seja, todos podem criar normas relativas à saúde, como autorizado no inciso XII, do artigo 24. A saúde, juntamente com a previdência e assistência social fazem parte do Capítulo II, Da Seguridade Social, do Título VIII, Da Ordem Social, que “tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais”, consoante disposição do artigo 193, da Constituição. Na sequência, em seu artigo 194, a Constituição Federal estabelece:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998).

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998).

Temos, então, que a legislação em saúde pode partir de qualquer das esferas de governo, sendo que a Lei nº 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”, estabelecendo ambas as normas, Constituição Federal e a lei citada, que “a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios.” (BRASIL, [20--]).

A gestão do SUS, como visto, é fundamentada na distribuição de competências entre as esferas governamentais, mas há também a necessidade de participação direta da comunidade em sua gestão – não somente indireta, via representantes legais no executivo e legislativo – inclusive no que diz respeito à destinação dos recursos financeiros, o que deve se dar através de Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, como estabelecido na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, devendo estas instâncias colegiadas – como apresentadas na legislação específica – estarem presentes em todas as esferas de governo, cujas organização e formas de funcionamento são definidas em âmbito próprio.

No que diz respeito aos recursos financeiros das ações e serviços públicos de saúde, tanto o gestor público quanto a comunidade, devem obedecer à normatização quanto ao mínimo de recursos para o funcionamento dos mesmos, como disposto no artigo 198 da Constituição Federal, que foi regulamentado pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a qual dentre outras providências, dispôs sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e estabeleceu os critérios de

rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

Definida, pela Constituição Federal de 1988, a Saúde como um Direito Social que faz parte da Seguridade Social, cujas ações devem partir da iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, com base em objetivos específicos, assim sintetizados: universalidade; uniformidade e equivalência; seletividade e distributividade; irreduzibilidade de benefícios; equidade no custeio; diversidade no custeio; caráter democrático e descentralizado (Art. 194) restava regulamentar a Auditoria no âmbito do SUS, a que é realizada através do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto seu estabelecimento no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080/1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme disposições do Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Ao SNA foram atribuídas as atividades como descritas no artigo 2º, do citado Decreto, assim redigido:

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único - Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Ponto interessante a ser destacado no artigo de lei acima citado é o fato de, em seu Parágrafo Único, ter definido que tanto na formulação do planejamento como na execução das ações e serviços de saúde aquilo que vai se aprendendo como melhores práticas em saúde devem ser consideradas. Isso quer dizer que, mesmo que se tenha uma legislação inerte, os procedimentos podem ser aperfeiçoados através das práticas utilizadas, gerando assim um aprendizado e evolução no sistema de forma constante. Há a ressalva, contudo, que havendo medidas corretivas, elas devem ser tomadas a ponto de garantir os resultados, mesmo nessas práticas novas.

Como já dito, a União, os Estados e os Municípios podem legislar em matéria de saúde, de forma concorrente, respeitando a legislação hierarquicamente superior. Ainda, os órgãos públicos que compõem o SUS também podem tomar decisões normativas que servem para normatizar os serviços em saúde. Há, entretanto, um sistema específico de auditoria, regulamentado pelo Decreto 1651, de 1995, criado para controlar, avaliar e verificar a regularidade dos procedimentos adotados de forma permanente, inclusive, autorizando que as melhores práticas, depois de lapidadas, sejam aplicadas continuamente, conforme art. 2º, § único (BRASIL, 1995).

Nesse contexto, há inúmeras outras leis, decretos, regulamentos, portarias e normas que definem e orientam a gestão do SUS, sendo que as apresentadas aqui podem ser tidas como as principais da legislação estruturante do SUS.

2.2.2 Gestão do SUS

Criado pela Constituição Federal de 1988, é da legislação infraconstitucional que se extraem os princípios e diretrizes do SUS, assim como o planejamento de sua Gestão (GIANNOTTI; FONSECA; PANITZ, 2015, p 44).

2.2.2.1 A organização do SUS

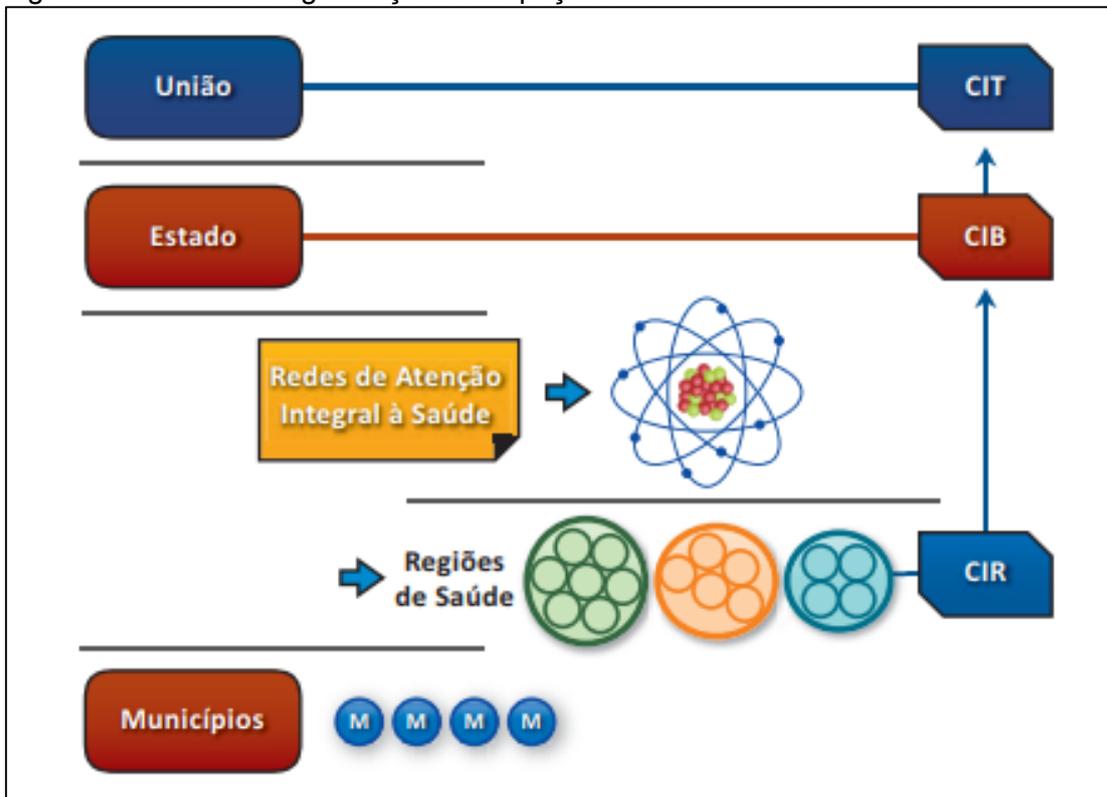
Publicado em 2011, o Decreto Nº 7.508 regulamenta parte da Lei 8.080/1990, neles, no que diz respeito à organização do SUS: planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (ANDRADE, 2013, p 25).

A instituição das Regiões de Saúde surge como estratégia para promover articulação entre os municípios, que a partir dos processos de Programação Pactuada Integrada - PPI poderão atender a integralidade da atenção à saúde, fatores determinantes na sustentabilidade do SUS, propiciando a efetividade e a equidade do acesso (ANDRADE, 2013, p 14).

A figura 2, a seguir, apresenta a organização por tipo de gestão e suas condições. Formada pelas Secretarias Municipais de Saúde, existe a Comissão Intergestora Regional – CIR. Formada Gestores das Secretarias Municipais, por região, aliada à Gestão Estadual, configura-se a Comissão Intergestora Bipartite – CIB. Constituído por Secretários Municipais de cada Estado, os Secretários Estaduais e a representação do Ministério da Saúde – MS, formando a Comissão Intergestora

Tripartite – CIT. Estes espaços garantem as discussões das redes de atenção integral à saúde (ANDRADE, 2013, p 14).

Figura 2 - Níveis de Organização do Espaço da Gestão Interfederativa do SUS



Fonte: Painel de Indicadores do SUS n. 8, v. 5, p 14

Para a efetividade das ações de saúde dentro dos SUS, a Organização Mundial da Saúde – OMS recomenda a implantação de sistemas integrados, como as Redes de Atenção à Saúde (RAS), para atender as necessidades de saúde da população. A Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 organiza o SUS pela RAS, com cinco redes temáticas prioritárias, elencadas a seguir (ANDRADE, 2013, p 57):

- Rede Cegonha;
- Rede de Urgência e Emergência;
- Rede de Atenção Psicossocial;
- Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiências;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

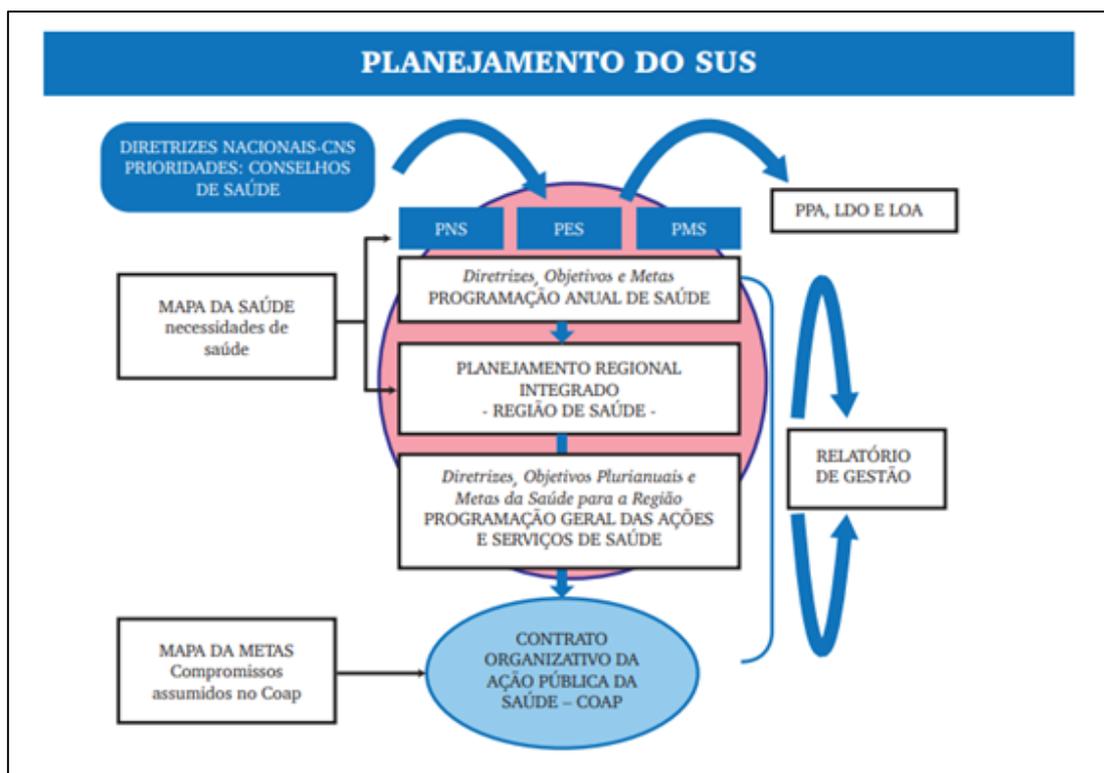
O acesso universal às ações e os serviços de saúde, garantidos pela Constituição, seguem a padronização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes

Terapêuticas bem como Formulário Terapêutico Nacional, o Ministério da Saúde é o órgão competente para organizar e atualizar as publicações para que Estados e Municípios possam adotar as listagens (ANDRADE, 2013, p 33).

2.2.2.2 O processo de planejamento no SUS

A Portaria Nº 2.135 de 25 de fevereiro de 2013, apresenta diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define que os instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão) são fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS, assim como pode ser observado na figura 3 (MASCARENHAS, 2016, p, 76).

Figura 3 - Elementos do processo de planejamento no SUS e suas inter-relações



Fonte: ALMEIDA; LUIZ, 2015, p. 49

2.2.2.3 Tecnologias da Informação e Comunicação aplicadas no SUS

Em 1991, o Decreto nº 100 cria a FUNASA – Fundação Nacional de Saúde, definindo sua missão de controle e processamento das contas referente a saúde, que antes era da Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social

(DATAPREV). Assim, fica formalizada a criação do DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, com a responsabilidade de prover os órgãos do SUS com sistemas de informação e suporte em informática, importantes para o planejamento e controle das ações em saúde. Em 1998, o DATASUS, fica vinculado ao Ministério da Saúde. (BRASIL, [20--]).

Com a criação do DATASUS, os serviços de saúde organizaram-se de forma hierarquizada, obedecendo parâmetros técnicos e, conseqüentemente, acessíveis à população. Um levantamento realizado pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declarou o DATASUS como um dos mais completos sistemas de informação em saúde do mundo (LIMA, 2015).

A seguir listamos as Categorias de ações em Saúde e seus respectivos Sistemas de Informação, no quadro 1.

Quadro 1 - Sistemas de Informação ofertados pelo DATASUS

CATEGORIA	SISTEMAS
Cadastros Nacionais	CADSUS, CID10, CNES.
Epidemiológicos	SIAB, SI-PNI, SISCOLO/SISMAMA, HIPERDIA, SISPRENATAL.
Ambulatoriais	SIA.
Regulação	e-SUS SAMU, RedomeNet, SNT, SIPNASS, CNRAC, SISREG, AUTORIZADOR – Módulo Autorizador.
Sociais	PVC – Programa de Volta para Casa, Bolsa Família.
Financeiros	SIOPS, SGIF, SISGERF.
Gestão	SARGSUS, REDMINE.
Hospitalares	e-SUS Hospitalar, SIHSUS, HEMOVIDA, SIHD, BLHWeb, CIHA.
Estruturantes	SISNET.
Eventos Vitais	SIM, SINASC

Fonte: Adaptado de DATASUS

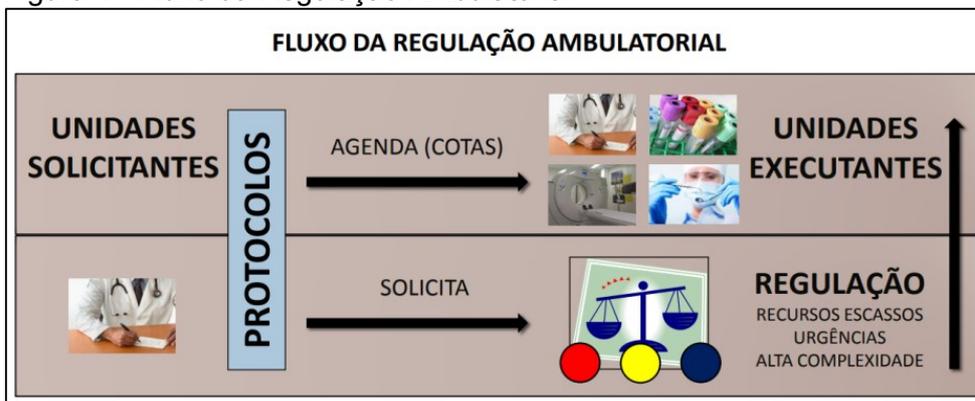
O SISREG, em sua “Versão 3.4” quando da pesquisa, sistema on-line que visa agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação nacional, é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento do Complexo Regulatório, desde à rede básica de saúde até a internação hospitalar. Visa maior controle do fluxo e a otimização dos recursos, integrando as áreas de controle, avaliação e auditoria (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

2.1.2.4 Central de Regulação e abrangência geográfica da pesquisa

Os Complexos Reguladores foram constituídos para criarem as condições de responder às necessidades reais por serviços de saúde. Consiste em organizar o conjunto de ações de Regulação de Acesso, de maneira articulada e integrada aos serviços executantes das ofertas em saúde. Assim, a partir da implantação de Centrais de Regulação é possível, em nível de gestão, unir os dispositivos de Regulação de Acesso e protocolos assistenciais, atividades de controle, avaliação e auditoria, bem como as programações e contratualizações. (LIRA, 2006, p. 13).

As Centrais de Regulação são equipes capazes de ordenar e orientar os fluxos assistenciais, com responsabilidade de fazer a relação entre a gestão e os vários serviços de saúde e ainda a relação entre os serviços. Em resumo, a ação Regulatória é definida como processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de consultas e internações, procedimentos e exames, além da apreciação das clínicas quanto ao cumprimento de protocolos estabelecidos para adequada assistência aos usuários. Fluxo que pode ser observado na figura 4 (VILARINS, 2010).

Figura 4 - Fluxo da Regulação Ambulatorial



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2017], p. 13.

Quando apresentadas, as Categorias de ações em Saúde e seus respectivos Sistemas de Informação, no quadro 1, "Sistemas de Informação ofertados pelo DATASUS", do tópico anterior, foi indicado o SISREG como sendo um dos sistemas de regulação, ferramenta gratuita que pode ser utilizada nas Centrais de Regulação das três esferas: Federal, Estadual e Municipal.

De acordo com busca realizada pela pesquisadora, em julho/2019, diretamente no site do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde existem, no Brasil há um total de 687 centrais de regulação, destas 8 são de dupla gestão – Estadual e Municipal – 79 são estaduais e as demais 979 são municipais (BRASIL, [20--]).

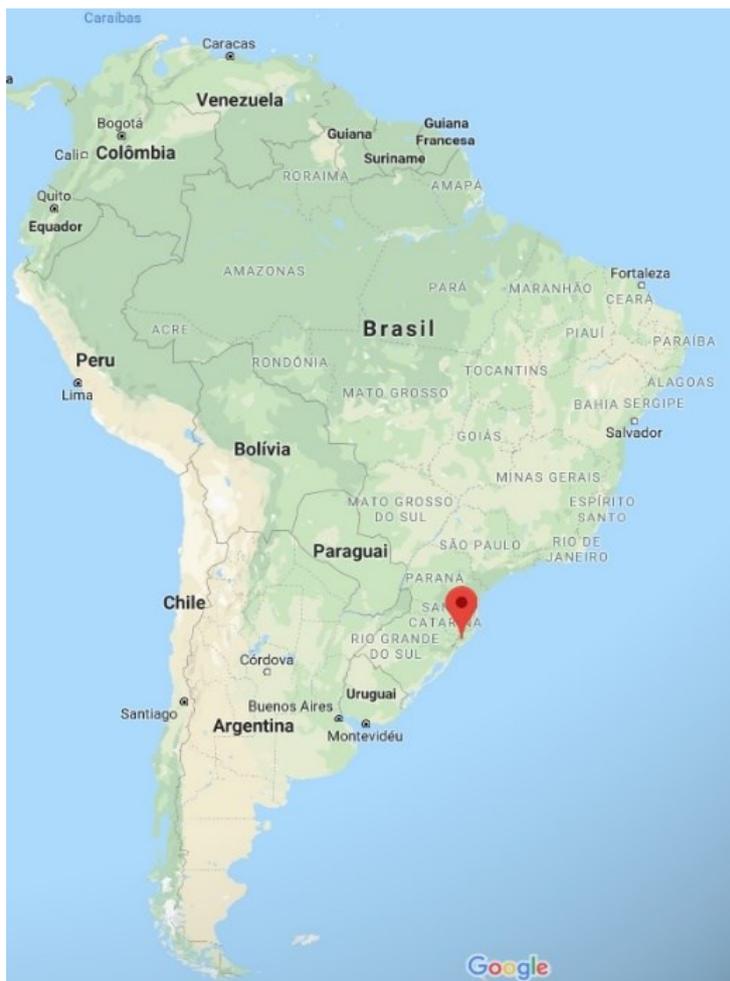
Também, na busca realizada, verificou-se que o Estado de Santa Catarina possuiu 218 centrais de regulação, destas 1 é de dupla gestão – Estadual e Municipal – 6 são estaduais e as demais 211 são municipais. No Estado, as Centrais de Regulação Ambulatorial seguem as orientações das deliberações feitas em comissão bipartite para execução das atividades em regulação, seguindo padronização da classificação de risco e protocolos de acessos, assim buscando cumprir o princípio de igualdade. Dados que também podem ser verificados no site do Departamento de Informática do SUS, disponibilizados no portal DATASUS/Informações de Saúde (TABNET), atualizados periodicamente. Podem ser acessados a qualquer tempo através do link: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabsc.def>.

Araranguá, cidade de realização da pesquisa, possui 1 Central de Regulação Ambulatorial, de gestão exclusivamente municipal. A cidade está localizada no extremo sul catarinense, litorânea, possui População Estimada (2018) em 67.578 pessoas, Densidade Demográfica (2010) de 202,14 Hab./km², segundo dados estatísticos que constam no site do IBGE. Deste, colhem-se informações sobre Território e Ambiente:

“Apresenta 77.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 36.2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 29.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 85 de 295, 162 de 295 e 107 de 295, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1055 de 5570, 4674 de 5570 e 1249 de 5570, respectivamente.” (IBGE, 2018).

A figura 5 a seguir representa o local da realização da pesquisa, tendo como base parte do mapa da América latina.

Figura 5 - Mapa de localização - Araranguá



Fonte: <https://goo.gl/maps/m17LyH3tsJgqfqr06>.

O presente trabalho não visa estabelecer critérios quantitativos ou qualitativos dos acessos à saúde da população. Bem por isso, não há menção a procedimentos específicos em saúde ou mesmo população/indivíduos atingidos. Busca-se, em síntese, avaliação da aplicação de ferramentas ágeis na gestão e procedimentos vinculados ao sistema disponibilizado para a equipe de profissionais envolvidos. Não aplicável, portanto, a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

2.2 GESTÃO DE PROJETOS

Para iniciar a discussão sobre o tema é preciso entender o que é um projeto. O Instituto de Gerenciamento de Projetos Project Management Institute – PMI, define projeto como um “esforço temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado único.” Pode ser caracterizado como temporário por ter um cronograma de tempo, recursos e escopo bem definidos. Um projeto é considerado único, pois não faz parte da rotina e visa um objetivo exclusivo.

Além das características acima citadas: ser único, ter início meio e fim, e ser considerado concluído quando atingir o seu objetivo, os projetos precisam atender as expectativas das partes interessadas, como define Heldman:

“Os principais stakeholders podem ser responsáveis tanto pelo êxito quanto pelo fracasso de um projeto. Mesmo que todas as entregas sejam concretizadas e os objetivos sejam atendidos, se seus principais stakeholders não ficarem satisfeitos não vai adiantar nada” (HELDMAN, 2006, pg.4).

Durante a elaboração de um projeto a identificação das partes interessadas não ocorre uma única vez, de forma que os membros da equipe devem contribuir de forma inerente para a eficácia do resultado.

Por vez as partes interessadas tem interesses distintos e cabe ao gerente de projetos solucionar os conflitos, cabe a ele também gerenciar as expectativas das partes interessadas (HELDMAN, 2006).

Um projeto demanda recursos e para isso normalmente terá um patrocinador que será também uma parte interessada, geralmente um executivo na organização com autoridade para delegar atribuições e impor deliberações relacionadas ao projeto.

A prática de gestão de projetos, de modo geral, refere-se a qualquer construção, tarefa, e todo trabalho que estrutura-se em início, meio e fim, caracterizado por um conjunto de ações e práticas, analisadas e desenvolvidas para uma organização a fim de alcançar, de forma eficaz e eficiente, os objetivos estabelecidos. Por definição, temos que: “Gerenciamento de projetos é a aplicação de conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades do projeto a fim de atender aos seus requisitos” (PMBOK, 2017).

Atualmente as áreas de influência da gestão de projetos aumentaram muito, não estando limitada apenas a projetos tradicionais como da construção civil.

De acordo com Verzuh: “A maior parte da gestão de projetos “moderna” foi definida nos anos de 1950, nos principais programas de defesa da guerra fria.” (VERZUH, 2000, p. 20) e “Há várias teorias sobre a razão de os projetos estarem se tornando o novo modo de funcionamento do mundo. A tecnologia é, certamente, um fator. [...] E sempre que novos produtos são criados, há A necessidade de projetos” (VERZUH, 2000, p.21).

O autor reafirma a importância do gerenciamento de projetos, citando a infinidade de recursos que devem ser analisados e alocados, e considerando o tempo como outro poderoso recurso a ser gerido, de forma que o gerenciamento de projetos seja capaz de gerenciar todos os processos e otimizar as chances de sucesso.

“Em um tempo em que os negócios lutam para acompanhar a rapidez de empresas como essas, a parte mais importante dos negócios seja acompanhar essas mudanças. Essa ênfase sobre essas mudanças aumenta a importância da gestão de projeto, já que a alta velocidade da mudança cria uma necessidade maior dos projetos.” (VERZUH, 2000, p. 22-23)

2.3 GERENCIAMENTO DE PROJETOS

Segundo o PMBOK, o “Gerenciamento de projetos é a aplicação do conhecimento, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades do projeto para atender aos seus requisitos.” (PMBOK, 2017. p. 10). Esse conjunto de atributos é também conhecido como boas práticas, que nortearam todo o desenvolvimento do projeto, todos os projetos devem ser gerenciados de forma especializada para apresentarem os resultados, aprendizado e integração necessários para as organizações dentro do prazo e do orçamento previstos. Este procedimento é realizado através da aplicação e integração apropriadas de 47 processos, que estão dispostos em cinco grupos de processos. Os cinco grupos de processos são:]

- Iniciação,
- Planejamento,
- Execução,
- Monitoramento e controle, e
- Encerramento. (PMBOK, 2017, p.23)

Através do gerenciamento de projetos é possível atingir resultados finais esperados considerando a relação de prazo, custo e qualidade. Além de proporcionar uma melhoria no processo de tomada de decisão, bem como otimizar recursos e minimizar os riscos.

Nesse aspecto vale ressaltar que, este método de organização, facilita eventuais revisões, pois conduz a padronização e documentação durante o processo de gerenciamento do projeto (VALLE, 2014).

2.4 OS CINCO GRUPOS DE PROCESSOS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS.

Cada grupo de processo envolve atribuições bastante definidas e esclarecedoras que são imprescindíveis na construção de um resultado plausível e dentro do esperado. É fundamental que essas etapas estejam bastante definidas para que uma não interfira no andamento da outra, para que o andamento do projeto não seja comprometido.

O primeiro grupo de processo é, de acordo com o PMBOK: “Grupo de processos de iniciação: Os processos realizados para definir um novo projeto ou uma nova fase de um projeto existente através da obtenção de autorização para iniciar o projeto ou fase” (PMBOK, 2017, p. 23).

É no processo de iniciação que o escopo inicial é definido e os recursos financeiros iniciais são destinados. As partes interessadas internas e externas serão identificadas. O gerente do projeto, se ainda não selecionado, o será nesse momento, Após a aprovação do termo de abertura, o projeto é oficialmente autorizado (PMBOK, 2017, p. 561).

É nesta fase do projeto que ocorre uma etapa muito importante: alinhar as expectativas das partes interessadas no objetivo do projeto. Esse momento é fundamental para que as expectativas sejam expostas e não ocorra nenhum tipo de frustração em quaisquer partes interessadas: “discutir como sua participação no projeto e nas fases associadas pode ajudar a garantir que suas expectativas sejam realizada.” (PMBOK, 2017, p. 561).

Vale destacar que “envolver os patrocinadores, clientes [...] durante a iniciação cria um entendimento compartilhado dos critérios de sucesso. Também aumenta a probabilidade de aceitação das entregas quando o projeto está concluído, e a satisfação das partes interessadas ao longo do projeto.” (PMBOK, 2017, p. 562).

O segundo grupo de processos é o de planejamento: “Os processos realizados para definir um novo projeto ou uma nova fase de um projeto existente,

através da obtenção de autorização para iniciar o projeto ou fase.” (PMBOK, 2017, p. 23).

O planejamento é uma fase bastante complexa, pois de acordo com a necessidade ela vai aumentando gradativamente, visto que após as análises é preciso incrementar pontos cujo há falhas e necessidade de enriquecimento. Para isso é preciso que seja construído de maneira bastante coerente para que haja um gerenciamento consistente.

Mudanças significativas ocorridas ao longo do ciclo de vida do projeto acionam uma necessidade de revisitar um ou mais dos processos de planejamento e possivelmente alguns dos processos de iniciação. “Este refinamento constante do plano de gerenciamento de projetos é denominado elaboração progressiva, indicando que o planejamento e a documentação são atividades iterativas e contínuas” (PMBOK, 2017, p. 565).

Quando os processos do planejamento são bem gerenciados há uma adesão maior das partes interessadas de forma que isso implica nos resultados satisfatórios do projeto. Os processos do grupo de planejamento são fundamentais, pois determinam qual o objetivo será alcançado e quais os caminhos deverão ser seguidos por todos os membros do projeto. É nesse sentido que se aplica o conceito de sucesso do projeto, pois se todas as partes interessadas aderirem ao objetivo comum os resultados serão mais satisfatórios.

O plano de gerenciamento do projeto e os documentos do projeto desenvolvidos, como saídas do grupo de processos de planejamento, explorarão todos os aspectos do escopo, tempo, qualidade, comunicações, recursos humanos, riscos, aquisições e gerenciamento das partes interessadas (PMBOK, 2017, p.565).

Os procedimentos deliberados pela organização decidem quando o planejamento inicial irá terminar. Algumas interações nos processos dentro do planejamento dependem da natureza do projeto, enquanto outros serão afetados pela natureza do projeto, pelos limites definidos, pelas atividades de monitoramento e controle adequadas e também pelo ambiente em que o projeto poderá ser executado (PMBOK, 2017).

Após a execução de um planejamento significativo haverá pouco ou nenhum risco identificável. A equipe poderá reconhecer as metas de custos e cronograma são demasiadamente agressivas de forma que envolvem maior risco do que o entendido anteriormente. Os resultados das interações são documentados como atualizações

no plano de gerenciamento do projeto ou em vários documentos do projeto (PMBOK, 2017, p. 547).

Esta etapa do gerenciamento de projetos é bastante significativa, pois impacta diretamente no resultado do projeto. Nesta etapa podem ocorrer mudanças que impactam no fator tempo. Podem ocorrer também alterações de produtividade que ocasionarão o envolvimento de recursos financeiros. Por isso é preciso uma análise e que se desenvolva um plano de respostas. (PMBOK, 2017)

Envolve coordenar pessoas e recursos, gerenciar as expectativas das partes interessadas, e também integrar e executar as atividades do projeto em conformidade com o plano de gerenciamento do projeto. Durante a execução do projeto, os resultados poderão requerer atualizações no planejamento e mudanças nas linhas de base (PMBOK, 2017, pg. 595).

Ao elaborar a análise novos parâmetros serão traçados e se aprovados pelas partes interessadas envolvidas no planejamento direcionarão o projeto a outros caminhos, isso demonstra a versatilidade de um projeto quando gerenciado adequadamente “Os processos no Grupo de Processos de Execução podem gerar solicitações de mudança. Se aprovadas, as solicitações de mudança podem acionar um ou mais processos de planejamento que resultem em modificações no plano de gerenciamento, nos documentos do projeto e possivelmente em novas linhas de base.” (PMBOK, 2017, pg. 595).

Logo após a fase de planejamento está o grupo de processos de monitoramento e controle. Nele estão contidos “Os processos exigidos para acompanhar, analisar e controlar o progresso e desempenho do projeto, identificar quaisquer áreas nas quais serão necessárias mudanças no plano, e iniciar as mudanças correspondentes.” (PMBOK, 2017, p.23).

Nesta etapa ocorrem também a medição e análise do desempenho do projeto em intervalos regulares, e quando necessário em condições excepcionais. Essas medições são responsáveis por identificar as variações que possam ocorrer no plano de gerenciamento do projeto. O grupo de processos de monitoramento e controle também envolve:

Controlar as mudanças e recomendar ações corretivas ou preventivas em antecipação a possíveis problemas;

Monitorar as atividades contínuas do projeto em relação ao plano de gerenciamento do projeto e a linha de base de desempenho do mesmo, e Influenciar

os fatores que poderiam impedir o controle integrado de mudanças ou de gerenciamento de configurações para que somente as mudanças aprovadas sejam implementada (PMBOK, 2017, p.115).

Este monitoramento contínuo permite à equipe do projeto uma melhor visão sobre a estabilidade do projeto e identifica quais as áreas que devem dispor de uma atenção adicional. O grupo de processos de monitoramento e controle também monitora e controla todo o esforço do projeto. Outro aspecto bastante importante são as ações corretivas ou preventivas para que tudo ocorra da melhor maneira possível, as revisões resultam em atualizações que foram previamente aprovadas. Todos esses procedimentos asseguram a qualidade e o cumprimento da tarefa de entrega do objeto, conforme o planejado.

O que faz esta fase ser muito importante são também as demais atribuições envolvidas:

- Avaliar as solicitações de mudança e decidir a resposta apropriada;
- Recomendar ações corretivas ou preventivas em antecipação a possíveis problemas;
- Monitorar as atividades contínuas do projeto em relação ao plano de gerenciamento do projeto e às linhas de base; e
- Influenciar os fatores que poderiam impedir o processo de controle de mudanças para que somente as mudanças aprovadas sejam implementadas” (PMBOK, 2017, p. 613).

Isso reafirma a importância do gerenciamento financeiro nos projetos, esses ajustes podem tornar-se muito custosos financeiramente e impactar diretamente no resultado do projeto, principalmente quando o recurso provem de financiamentos ou investidores.

A parte financeira do projeto é muito crítica e deve ser elaborada de maneira conjunta avaliando todos os possíveis gastos extras que possam ocorrer, no caso de ocorrência de uma alteração impensada, haverá impacto no tempo de execução e no orçamento planejado. De forma que todas as partes interessadas podem não aceitar os custos extras com o projeto e isso comprometer ainda mais a entrega.

Por fim está o grupo de processos de encerramento, que “consiste dos processos realizados para concluir ou encerrar formalmente um projeto, fase ou contrato.” (PMBOK, 2017, p. 633).

É nesta fase que ocorre a verificação se os processos que foram previamente definidos estão completos em todos os grupos de processos para que pudesse encerrar o projeto ou uma fase do projeto.

Em linhas gerais, pode se dizer que, o encerramento é denominado como a finalização de uma fase ou do projeto como um todo. É no encerramento que também pode ser formalizado o encerramento prematuro do projeto. Segundo o PMBOK: “Este Grupo de Processos também pode abordar o encerramento antecipado do projeto, por exemplo, projetos interrompidos ou cancelados.” (PMBOK, 2017, p. 633).

As fases que são caracterizadas como de entrada e saída podem são exemplificadas como segue:

Entradas:

1. Termo de abertura do projeto;
2. Plano de gerenciamento do projeto;
3. Documentos do projeto;
4. Entregas aceitas;
5. Documentos de negócios;
6. Acordos;
7. Documentação de aquisições;
8. Ativos de processos Organizacionais.

Saídas

1. Atualizações de documentos do projeto
2. Transição do produto, serviço ou resultado final
3. Relatório final
4. Atualizações de ativos de processos organizacionais

Deve-se observar também a importância dos Stakeholders, ou seja, aqueles que estão direta ou indiretamente interessados e/ou podem ser afetados pelo processo. No caso específico, apresenta-se como um grupo muito maior de profissionais, aliado à gestão do município como um todo, além da população em geral.

Sendo assim, definem-se neste trabalho as seguintes premissas, restrições e riscos, a saber: Como premissa da pesquisa, não foram consideradas as atualizações de fluxos que são feitas mensalmente, bem como a disponibilidade da equipe para novas ações definidas pela gestão, necessitando de reestruturação das atividades diárias;

Quanto às restrições, não foram bem planejadas, mas todos os prazos foram cumpridos e a atualização nas ações do modo de trabalho reordenadas;

E por fim, os riscos apontados no planejamento não foram significativos, porém, riscos como: mudança dos profissionais na equipe e necessidade de educação permanente em saúde dos assuntos dos processos de trabalho do projeto foram os que permearam a realização das atividades.

2.5 FERRAMENTAS ÁGEIS

De acordo com HIGHSMITH (2004) a ausência de estrutura ou estabilidade pode levar ao caos, porém, estrutura em demasia gera rigidez e acaba dificultando o desenvolvimento dos processos da mesma forma.

Consonante à esta concepção, parte a premissa das ferramentas ágeis: uma abordagem ágil aplicada ao desenvolvimento de projetos, que busca acompanhar o ritmo acelerado das tecnologias da informação, que acontece por meio de um ambiente global de muitas inovações, grande concorrência e um peculiar dinamismo no ambiente de negócios (BOEHM, 2006).

É a partir de 2001, com a criação do Manifesto para Desenvolvimento Ágil de Software (BECK, 2001), que se estabeleceu um framework comum para processos ágeis, em que um grupo composto por 17 autores e representantes de diferentes técnicas e metodologias ágeis como, eXtreme Programming (XP), Scrum, Dynamic System Development Method (DSDM), Adaptive Software Development (ASD), Crystal, Feature Driven Development (FDD) e Lean Development, discutiu e identificou o padrão de desenvolvimento de projetos entre as técnicas e metodologias existentes, destacando as seguintes:

- a) Indivíduos e interações sobre Processos e ferramentas;
- b) Software funcionando sobre Extensa documentação;
- c) Colaboração dos clientes sobre Negociação em contratos;
- d) Respostas à mudanças sobre Seguir um plano.

O desenvolvimento ágil de projetos depende, essencialmente, de métodos, práticas e técnicas que, em conjunto, visam aumentar a satisfação do cliente, a partir de uma estrutura que permite uma organização que proporciona melhorias no desempenho de todos os atores envolvidos (BOEHM, 2003), com o objetivo final de

produzir alta qualidade de software e acelerar os prazos de desenvolvimento de projetos (ANDERSON, 2003).

Aproximar os valores do Agile Manifesto, inspira melhorias tanto de métodos e de processos, como de técnicas de desenvolvimento e gestão de projetos. Dentro deste contexto, PEREIRA, TORREÃO E MARCAL (2007) citam diferentes vantagens no uso da agilidade, tais como:

“Cria um ambiente propício para definição de mudanças de requisitos e inovação durante o ciclo de desenvolvimento do produto, assim como mais colaborativo e produtivo entre desenvolvedores e cliente, resultando em entregas mais rápidas de produto, melhor adaptados à realidade do cliente e com a qualidade esperada;
Facilita o gerenciamento do projeto, uma vez que existe maior integração e comprometimento da equipe do projeto, que conseqüentemente se sente mais motivada: a moral da equipe é elevada;
Reforça o planejamento constante do projeto, o que minimiza os riscos, considerando que o planejamento é mais importante do que o plano. Não se deve parar de planejar até que se tenha encontrado a satisfação do cliente com a entrega do produto final;
Valoriza a satisfação do cliente em primeiro lugar.”

Aliando todas as utilidades e benefícios citados, definiu-se a utilização, neste trabalho, do Scrum (SCHWABER, 2002), importante método ágil, com grandes resultados em projetos de desenvolvimento de software, que busca acentuar benefícios como comprometimento da equipe, motivação, colaboração, integração e compartilhamento de conhecimento, facilitando o gerenciamento e ampliando o sucesso dos projetos.

2.5.1 Scrum

Afim de agilizar processos de forma eficaz e eficiente, a partir de um autogerenciamento dinâmico versátil e, principalmente, extremamente adaptável, surge um conjunto de conceitos e práticas que orientados a um objetivo comum visa amparar e facilitar a execução de projetos. Este é o SCRUM que, de acordo com Cruz (2013), pode ser definido como:

SCRUM é um *framework* para projetos ágeis utilizado para o gerenciamento e desenvolvimento de produtos, com características de ser iterativo e incremental, além de focar na entrega de valor de negócio no menor tempo possível.

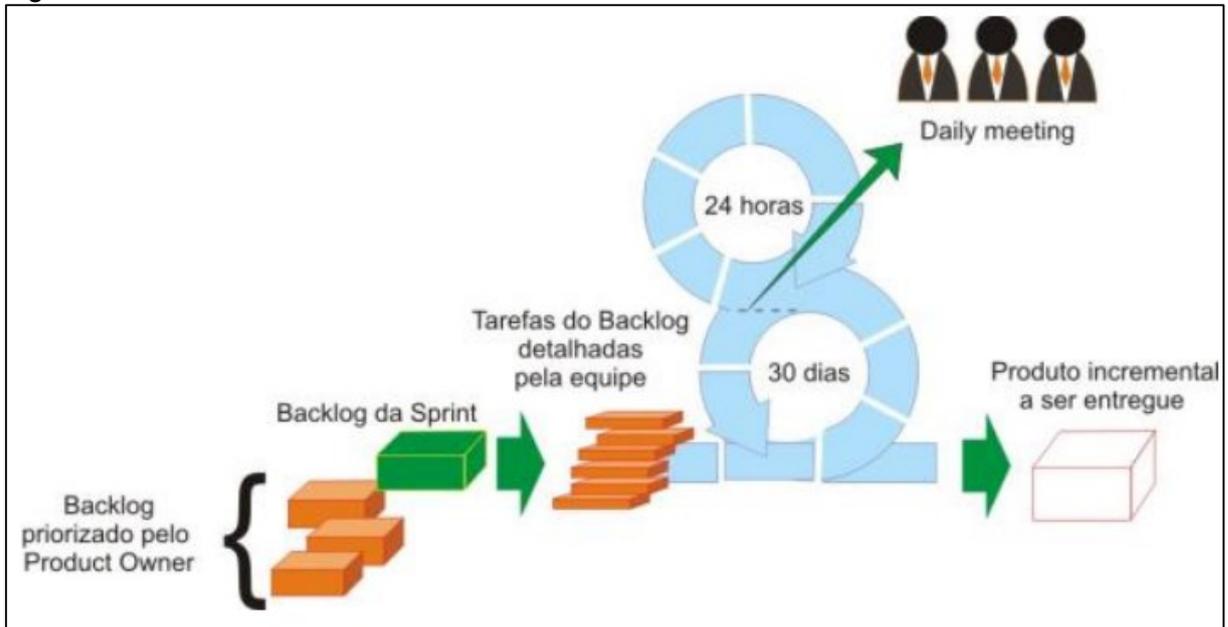
E ainda, de acordo com seu autor SCHWABER (2004), o SCRUM não se trata de um processo previsível, uma vez que não define imutavelmente o que deve acontecer em toda e qualquer situação, pois se alicerça no conceito de autogerenciamento. Este framework é aplicado em trabalhos complexos, e tem a característica de ser flexível e adaptável, ainda que possa ser entendido como um conjunto de práticas que tem o objetivo de dar maior campo de visão ao contexto como um todo. Desta forma, o que se pretende é que todos os participantes tenham plena ciência de todas as etapas do projeto e em que situação se encontram em um dado momento, utilizando o SCRUM como um guia de boas práticas.

Sendo assim, o framework não se propõe como uma solução para todos os problemas, mas sim como um facilitador no processo de identificação e comunicação dos mesmos dentro da equipe, que é responsável por definir as táticas e estratégias de maior compatibilidade.

Como mostra a figura 6, o ciclo do Scrum acontece em uma série de iterações bem definidas, em que cada uma tem uma duração de 2 a 4 semanas em média, e são chamadas de *Sprints*. Antes de cada *Sprint*, é importante que aconteça uma Reunião de planejamento (*Sprint Planning Meeting*) que é o momento em que a equipe tem contato com o cliente (*Product Owner*) afim de definir prioridades quanto ao trabalho em questão. É nesta etapa que se seleciona e estima quais tarefas que o time pode realizar no período estipulado para a *Sprint*, para então seguir para a próxima fase: a Execução da *Sprint*. Durante o período de execução da *Sprint*, o time deve acompanhar e controlar o desenvolvimento, por meio de Reuniões Diárias Rápidas (*Daily Meeting*) que devem servir de medidor do desempenho do andamento da tarefa. Estas reuniões são amparadas por um importante gráfico chamado de *Sprint Burndown* e ter a duração de em torno de 15 minutos. Dividir o projeto em etapas, em *Sprints*, garante que a equipe observe os resultados parciais, permitindo um acompanhamento que garante a orientação do projeto como um todo e facilita a resolução de problemas em tempo hábil e seguro. Ao termino de cada *Sprint*, é feita uma revisão no produto entregue para verificar se tudo realmente foi implementado de forma satisfatória, e é neste momento que acontece uma Reunião de Revisão (*Sprint Review*), onde o time responsável apresenta o produto produzido na *Sprint*, avalia e valida se o objetivo foi de fato atingido com qualidade. Em seguida, acontece a Reunião de Retrospectiva (*Sprint Retrospective*), em que as experiências tiradas da *Sprint*, bem como as lições aprendidas, são incorporadas para a próxima *Sprint*, afim

de trazer melhorias a todos os atores envolvidos: tanto em relação ao processo, ao time, como ao produto final.

Figura 6 - Ciclo do Scrum



Fonte: Pereira, Torreão e Marcal (2007).

Dentro do *framework* existem papéis e responsabilidades que compõem um esqueleto interativo e incremental, e se dá por meio de três papéis principais, a saber: o Product Owner, o Scrum Team, e o Scrum Master. Cada qual apresenta suas funções e responsabilidades que são, de acordo com Pereira, Torreão e Marcal (2007, p. 4):

- Product Owner: Define os requisitos do produto, decide a data de release e o que deve conter nela; É responsável pelo retorno financeiro (ROI) do produto; Prioriza os requisitos de acordo com o seu valor de mercado; Pode mudar os requisitos e prioridades a cada Sprint; Aceita ou rejeita o resultado de cada Sprint.
- Scrum Master: Garante que o time esteja totalmente funcional e produtivo; Facilita a colaboração entre as funções e áreas e elimina os impedimentos do time; Protege o time de interferências externas; Garante que o processo está sendo seguido; Participando das reuniões diárias, revisão da Sprint, e planejamento.
- Scrum Team: Multifuncional, entre 5-9 membros; Seleciona, entre os itens priorizados, os que irão ser executados durante a Sprint; Tem todo o direito de realizar o que quiser dentro da Sprint para cumprir o objetivo da iteração;
- Auto organizado: Organiza o time e o trabalho entre os membros de forma participativa;
- Ao final da Sprint, realiza o demo do produto finalizado.

Além destes componentes, o SCRUM é composto por Conceitos, Artefatos e Fases, que são elementos importantes na estruturação do framework, que são: *Sprint*, *Product Backlog* e *Planning Poker*.

Sobre o *Sprint*, este é o período de tempo definido para cada série de iterações, e por se tratar da parte de um todo, que se caracteriza pelo produto final do projeto, é interessante que todos os *Sprints* tenham o mesmo tempo de duração, afim de garantir um acompanhamento do projeto como um todo, e do desempenho da equipe.

Os conceitos mais relevantes deste contexto são o Backlog do produto (ou *Product Backlog*), e o Backlog de Impedimentos (*Impediment Backlog*), ambos podem ser considerados como o núcleo duro do Scrum, que conecta e movimenta os demais atores, de acordo com Pereira, Torreão e Marcal (2007, p. 6):

O *Product Backlog* contém uma lista de itens priorizados que incluem tudo o que precisa ser realizado, para a finalização do projeto, sejam requisitos funcionais ou não. É importante ressaltar que cada item no *Backlog* do produto deve ter um valor de negócio associado (*Business Value*), onde podemos medir o retorno do projeto e priorizar a realização dos itens.

O *Impediment Backlog* contém todos os itens que impedem o progresso do projeto e geralmente estão associados a riscos. Estes itens não possuem uma priorização, mas estão geralmente associados a algum item de *Backlog* do produto ou a tarefas do item, Exemplo “instalar ambiente para desenvolvedores”, “Instalação de banco de dados do projeto”, etc.

O controle desses itens é muito importante e o *Scrum Master* é o grande responsável pela liberação desses impedimentos, abrindo caminho para o time de desenvolvimento executar a realização dos itens do *Backlog* do produto. Existem muitas formas para gerenciar o *Product Backlog* e o *Impediment Backlog* todas elas precisam que cada item seja identificado e estimado, em tempo ou tamanho, e que a sua ordem de importância seja estabelecida pelo cliente. Com esses atributos é possível ter os itens em uma ordem de priorização.

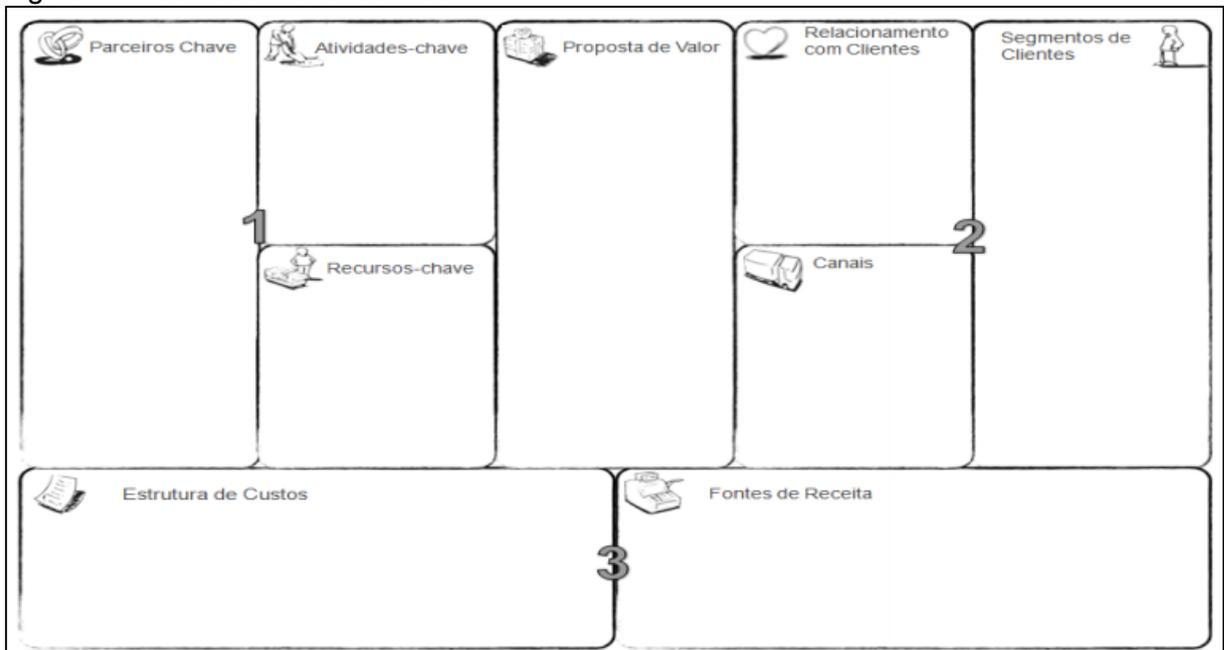
Já o *Planning Poker* (COHN,2006) é uma forma de estimativa em conjunto, podendo ser feita como um jogo. Todos os membros do time, inclusive o *Product Owner*, participam de forma democrática para chegar a um consenso de estimativa, para cada item do *Backlog*, de forma objetiva e divertida.

Sendo assim, o SCRUM se apresenta como um *framework* ágil e muito robusto para a etapa de desenvolvimento de produtos de um projeto.

2.5.2 Canvas

Afim de aliar conceitos importantes de método e estratégia em um modelo que foca no aparato visual de forma simples e objetiva, o Business Model Canvas, desenvolvido por Osterwalder e Pigneur (2011) se mostrou uma ferramenta relevante nos processos de organização que cria, entrega e captura valor, descrevendo o seu modelo de negócios (KALLÁS, 2012). Esta ferramenta pode ser definida através de quatro áreas de negócio, articuladas por nove blocos fundantes (figura 7). As partes desta metodologia, congregadas, visam descrever a criação do valor que a organização pode oferecer ao cliente em questão, e ainda, o resultado obtido por ela.

Figura 7 - Business Model Canvas



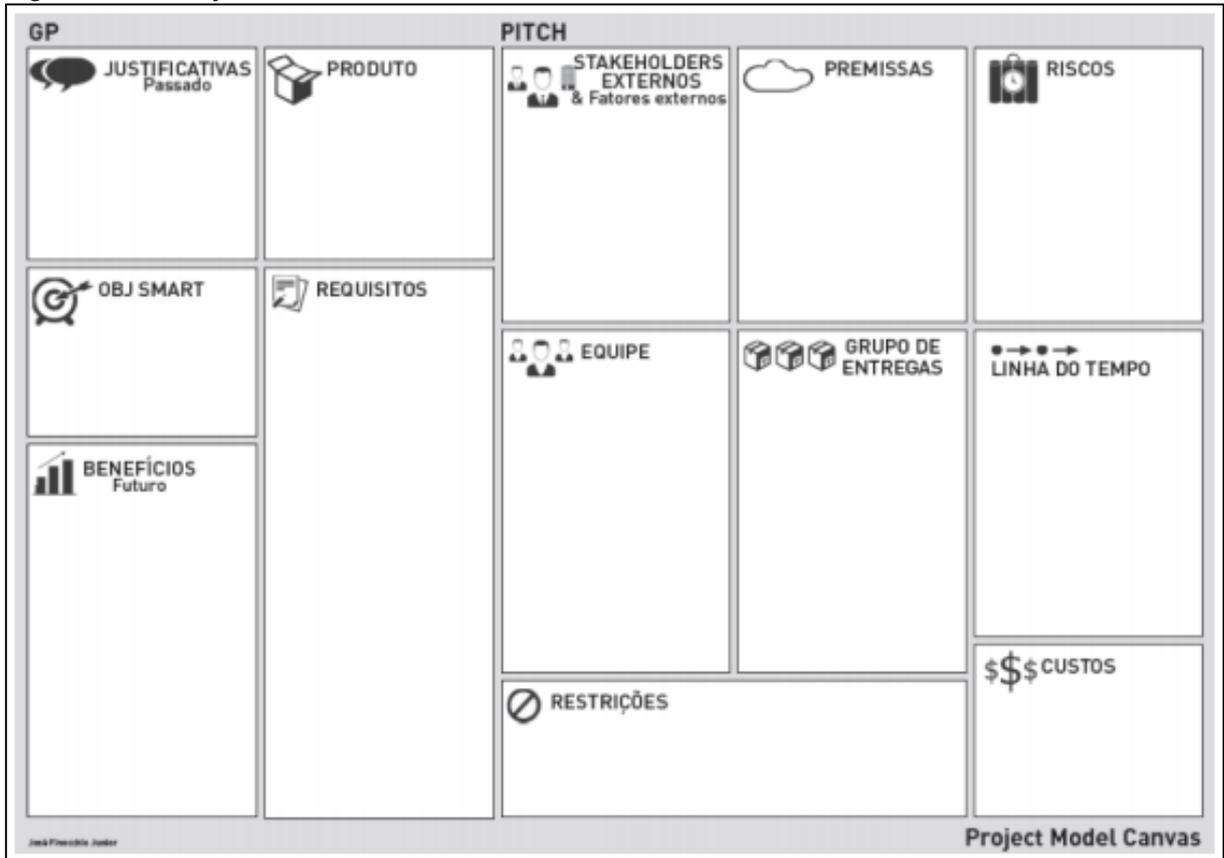
Fonte: Osterwalder e Pigneur (2011).

Para Finocchio (2013), O PM Canvas se configura como uma espécie de agenda de atividades em que todos os envolvidos em um projeto específico irão estudar a sua estrutura para compreender, e executar de forma coerente a sua lógica. Esta ferramenta serve de base para a transcrição posterior a um plano de projeto representado de modo formal.

A metodologia do PM Canvas é baseada na ideia simples, porém efetiva, da criação literal de um Canvas (que significa quadro ou plano de fundo, segundo Finocchio (2013), no qual vão sendo colados pequenos papeis produzidos pela

equipe. Nestes quadros são escritas as informações importantes sobre um negócio, projeto ou ainda, uma ideia. O quadro do PM Canvas é composto por 13 elementos, conforme mostrado na figura 8.

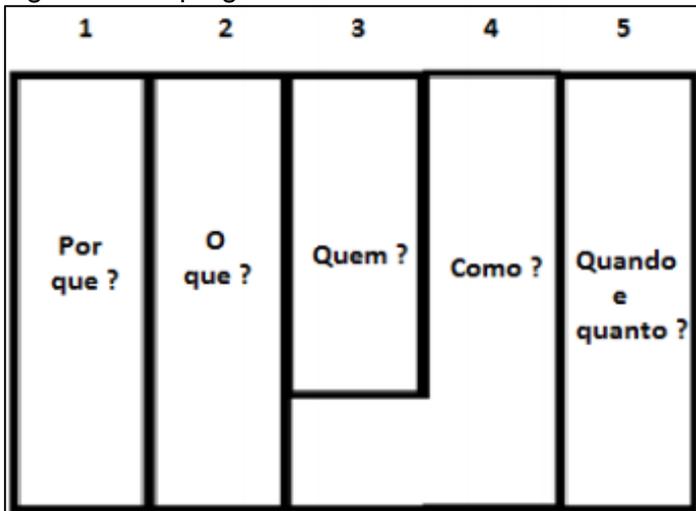
Figura 8 - O Project Model Canvas



Fonte: Adaptado de Finocchio (2013).

Ainda, segundo Finocchio (2013), o preenchimento do PM Canvas se dá por meio de um processo com quatro etapas em uma ordem predeterminada, congregados em 5 perguntas fundamentais, a saber: “Porque?”, “O que?”, “Quem?”, “Como?”, “Quando e quanto?”, como mostrada na figura 9.

Figura 9 - As perguntas fundamentais do PM Canvas



Fonte: Adaptado de Finocchio (2013).

Neste estudo o Business Model Canvas é um importante recurso para estruturar os principais recursos e atividades-chave do contexto apresentado aqui, afim de trazer um panorama geral e de fácil análise, que é apresentado de forma mais aprofundada no capítulo 5, deste trabalho, em que são discutidas as etapas da pesquisa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A Gestão na saúde pública é uma necessidade real, e metodologias ágeis são ferramentas capazes de otimizar o investimento de tempo e a qualidade dos resultados. Para tanto, aplicar ferramentas ágeis pode melhorar o aspecto geral da prestação do serviço.

Desta forma, esta pesquisa se propõe a atender o objetivo geral estabelecido: Diferenciar o monitoramento da gestão do acesso de saúde de uma Central de Regulação Ambulatorial, comparando pré e pós utilização de ferramentas de gestão ágeis.

3.1 ESCOPO DA PESQUISA

Este trabalho fundamenta-se a partir de estudos que evidenciam o cenário do gerenciamento de projetos ágeis, por meio das tendências de métodos, ferramentas e técnicas que relevam e enfatizam melhorias em todos os aspectos a que se propõem, concentrando-se no estudo, desenvolvimento e aplicação de projetos de pesquisa e desenvolvimento de produtos inovadores. Para a aplicação prática dessa pesquisa buscou-se aplicar ferramentas ágeis no processo de trabalho de uma equipe de uma Central de Regulação ambulatorial. Organizando as atividades de gerência de filas de espera, para procedimentos em saúde, em projetos, organizando as tarefas em metas, e principalmente proporcionando gerenciando de forma prática e ágil, aliado a auto gestão, participação e contribuição coletiva.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

De acordo com Edna Lucia Silva e Estera Muszkat Menezes (2005), o elemento de desenvolvimento de uma pesquisa deve compenetrar-se em um planejamento prudente e atento, alicerçado em reflexões conceituais robustas e em conhecimentos validados e previamente desenvolvidos. São inúmeros fatores que contribuem para a qualidade e sucesso de uma pesquisa, entre eles cabe ressaltar desde a importância do procedimento seguido, passando pela dimensão do envolvimento do pesquisador, bem como sua competência e aptidão em pesquisar e definir os melhores métodos e recursos para alcançar os objetivos propostos. Ainda

segundo os autores toda pesquisa dispõe de uma classificação que considera sua natureza, a abordagem utilizada e os métodos aplicados. Neste estudo, a definição de classificação considerou o método de pesquisa escolhido, bem como os objetivos propostos, demonstrados no quadro 2.

Segundo Gil (2010), uma pesquisa é elaborada mediante a conjunção de elementos que não só provem dados e informações, mas que caracteriza os conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa e validada de métodos, técnicas e demais procedimentos científicos, que são estudados e aplicados ao longo de diferentes processos que compõem o trabalho, e envolvem fases fundamentais, que compreendem desde a adequada formulação do problema até a apresentação dos resultados de forma coerente e adequada.

Desta forma, esta pesquisa é classificada, quanto à sua natureza, como aplicada. Este tipo de pesquisa, considerando Prodanov e Freitas (2013), tem como objetivo produzir conhecimentos para uma aplicação prática, orientados à solução de problemas específicos, que consideram verdades e interesses locais.

Já quanto à sua abordagem, este estudo é classificado como qualitativo. Nesta abordagem, o pesquisador é o sujeito ao mesmo tempo que é o objeto de suas pesquisas. Sendo assim, esta abordagem carrega diversas características intrínsecas como a imprevisibilidade do desenvolvimento da pesquisa; A parcialidade e a limitação do conhecimento do pesquisador; E quanto ao objetivo considerado da amostra, a produção de informações aprofundadas e ilustrativas, de diferentes proporções: pequena ou grande. No entanto, o essencial é que o estudo seja capaz de produzir novas informações contundentes e fidedignas (DESLAURIERS e KÉRISIT, 2008).

Em relação aos procedimentos empregados esta pesquisa utilizou-se de três métodos elementares: da pesquisa bibliográfica e documental bem como de estudo de caso. De acordo com Gil (2010) um estudo de caso visa conhecer de forma complexa e profunda o como e o porquê de um determinado contexto que se supõe ser único em diferentes aspectos, procurando descobrir o que há, neste cenário, de mais essencial, específico e característico. Neste caso, o pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas apresentá-lo de tal forma que o percebe.

Quadro 2 - Classificação da pesquisa

Natureza	Abordagem	Procedimentos
Aplicada	Pesquisador: sujeito e objeto	Bibliográfica; Documental; Estudo de Caso.

Fonte: da autora.

4 ETAPAS DA PESQUISA

4.1 SITUAÇÃO INICIAL

Em 1997, foi criado, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em função da Municipalização da Saúde, o Sistema Municipal de Auditoria (SMA/SUS) vinculado à Secretaria de Saúde de Araranguá, cuja Equipe de controle e Avaliação Municipal a este vinculada era responsável pelos serviços de Auditoria, Controle e Avaliação do Sistema Único de Saúde, nos termos de Lei Municipal Nº 1774, de 10 de outubro de 1997, que dispõe sobre o Sistema Municipal de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Na construção dos processos de trabalho a Equipe participante da pesquisa é formada por técnicos e profissionais médicos que acompanham as contas do fundo municipal, avaliam as produções dos serviços, e realizam auditoria nos serviços prestados e seus respectivos encaminhamentos.

Os sistemas vigentes à época era o SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (que, à época, não tinha nenhuma integração e era digitado manualmente todos os serviços prestados à população), o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Sistema AC – Alta Complexidade do Estado de Santa Catarina responsável por autorizar procedimentos de média e alta complexidade, vigentes até os dias atuais.

Dentro da Equipe de controle e Avaliação Municipal ocorreu a implantação da Equipe de Regulação Ambulatorial, iniciada em 2012, com a capacitação dos profissionais no uso da ferramenta ministerial denominada SISREG – Sistema de Regulação. A implantação desta ferramenta deu-se de forma gradual. A ferramenta *web* do Ministério da Saúde era utilizada mais como um sistema de agendamento, onde a Secretaria proporcionou aos bairros onde existiam Unidades Básicas de Saúde acessos à atenção especializada pelo Sistema e não mais apenas autorizada na Unidade Central do município.

Por um breve período, entre 2012 e 2013, a SMS, através da Equipe de Regulação Ambulatorial gerenciou o acesso aos serviços ambulatoriais do Hospital Regional de Araranguá, referência para os quinze municípios da região da AMESC – Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense. Os serviços hospitalares, à

época, eram prestados por uma OS – Organização Social, mas sob a gestão do Estado de Santa Catarina. Atualmente a regulação está centralizada no Estado.

Em 2015, a Lei Municipal Nº 1774/1997 foi alterada pela Lei Municipal Nº 3386, de 26 de outubro de 2015, o Sistema Municipal de Auditoria (SMA/SUS) passou a ser designado como Sistema Municipal de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação, composto por uma estrutura denominada Central de Regulação de Consultas e Exames, à qual foram também atribuídas as funções de regulação de consultas e exames, ampliando a regulação dos acessos através do SISREG, mas ainda não completamente. A Central de Regulação de Consultas e Exames é inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES sob Nº 9233237, designada como Central de Regulação Municipal – Regulação do Acesso Ambulatorial.

Entre as atividades já previstas em lei, a Equipe desenvolve atividades de Educação em Saúde Permanente com todos os profissionais envolvidos na prestação de serviço do município (atenção básica e média complexidade), é responsável pelas definições de fluxos e protocolos de acessos, também sendo responsável em elaborar documentos de apresentação de listas de espera e prestação de contas dos acessos especializados oferecidos à população municipal e regional (de acordo com Pactuações Programadas Integradas (PPI) entre gestores).

A gestão atual da Equipe faz-se de forma centralizada, desenvolvida pelo Enfermeiro que, junto ao Analista de Sistema, cria relatórios das informações obtidas no BI (*Business Intelligence*) do SISREG, os quais gerados possibilitam filtros de procedimentos, quantidades de pacientes, tempos de espera, além de avaliações quanto a solicitações incorretas ou incompatíveis com o Fluxo de Acesso, de acordo com a figura 10.

Figura 10 - Relatório BI

Central de Regulação	Central Solicitante	Código Solicitação	Unidade Saúde Solicitante	Tipo Regulação	Data Solicitação	Grupo Procedimento Solicitado	Grupo Procedimento Solicitado	Procedimento Solicitado	CNS	Sexo do Paciente	Classificação de Risco	CID da Solicitação	Status da Solicitação	Qtd Solicitação		
ARARANGUA	ARARANGUA	121679797	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARARANGUA	FILA DE ESPERA	8/12/2014	GRUPO - ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER	1414000	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	70006803306709	MASCULINO	AZUL	G45	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1		
		132956835	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARARANGUA	FILA DE ESPERA	30/4/2015	GRUPO - ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER	1414000	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	705401432870590	FEMININO	FEMININO	AZUL	Z000	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		136871662	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARARANGUA	FILA DE ESPERA	15/6/2015	GRUPO - ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER	1414000	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	700005306292805	MASCULINO	MASCULINO	AZUL	Z000	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		137034728	PSF IMATO ALTO LAGOAO	FILA DE ESPERA	16/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTILHACAO OMBRO DIREITO	708606535057687	FEMININO	FEMININO	AZUL	M255	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		137419636	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARARANGUA	FILA DE ESPERA	19/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	70003793135807	MASCULINO	MASCULINO	AZUL	K46	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		137509111	PSF JARDIM DAS AVENDAS	FILA DE ESPERA	22/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ADULTO	708600004489789	FEMININO	FEMININO	AZUL	AZUL	R10	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1
		137561164	PSF COLONINHA II	FILA DE ESPERA	22/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	707807837870515	FEMININO	FEMININO	AZUL	AZUL	R10	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1
		137568077	PSF IMATO ALTO LAGOAO	FILA DE ESPERA	22/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	70206352790187	FEMININO	FEMININO	AZUL	AZUL	R104	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1
		137662473	PSF SANGA DA AREA	FILA DE ESPERA	22/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ADULTO	702401060868627	FEMININO	FEMININO	AZUL	AZUL	K80	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1
		137696665	PSF JARDIM DAS AVENDAS	FILA DE ESPERA	23/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO ADULTO	705604476887319	MASCULINO	MASCULINO	AZUL	AZUL	N20	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1
CERMIACRO SUL (215UR)	ARARANGUA	137752005	PSF IMATO ALTO LAGOAO	FILA DE ESPERA	24/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	702403035215720	FEMININO	AZUL	Z000	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1		
		137777793	PSF COLONINHA	FILA DE ESPERA	24/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	700602403738769	MASCULINO	MASCULINO	AZUL	K82	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		137816478	PSF COLONINHA	FILA DE ESPERA	24/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO ADULTO	12897827200007	FEMININO	FEMININO	AZUL	N20	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		138125393	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARARANGUA	FILA DE ESPERA	29/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO ADULTO	700606460877164	FEMININO	FEMININO	AZUL	N80	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		138145667	PSF SANGA DA AREA	FILA DE ESPERA	29/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO (RNS, BEXGA)	708904719588015	FEMININO	FEMININO	AZUL	N890	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		138167341	PSF POLICA RODOVIARIA	FILA DE ESPERA	29/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ADULTO	898003439623035	FEMININO	FEMININO	AZUL	E282	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		138170799	PSF JARDIM OBELE	FILA DE ESPERA	29/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ADULTO	888001961258201	FEMININO	FEMININO	AZUL	R10	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		138276688	PSF JARDIM OBELE	FILA DE ESPERA	30/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ADULTO	702302130938513	MASCULINO	MASCULINO	AZUL	K703	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	
		138317009	PSF COLONINHA	FILA DE ESPERA	30/6/2015	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	1401000	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	706505868551096	FEMININO	FEMININO	AZUL	Z000	Solicitação / Pendente / Fila de Espera	1	

Fonte: Arquivo do Autor.

Na apreciação dos dados filtrados do relatório BI do SISREG, o profissional Enfermeiro, gestor da equipe, desenvolve uma planilha de dados e informações, que servem para discussão entre a equipe e o gestor municipal, visando novas ações de melhoria dos acessos em saúde especializada, bem como conferência dos fluxos de acesso, protocolo de clínico de acesso, visando garantir a espera adequada nas filas de espera.

As informações, então, são utilizadas para definir quais serviços serão implementados e/ou reordenados, este resultado servindo como planejamento, programação e relatórios dos instrumentos de gestão da Secretaria. As informações são repassadas para a equipe no sentido de prestar informação e conhecimento dos dados e, ainda, apresentada às equipes envolvidas na atenção básica e especialidades, para fins de atualização dos processos.

Percebe-se, nesse modelo, a centralização de informações e gestão pouco efetiva quanto a controle, avaliação e planejamento dos acessos, em razão da centralização na pessoa do profissional Enfermeiro, gestor da equipe.

Na primeira etapa, após o estudo das metodologias ágeis e identificadas quais ferramentas poderiam ser aplicadas, iniciou-se a construção das informações que necessitavam da avaliação e gerenciamento rápido perante o quadro de filas apresentado. Nessa fase, foram apresentados à equipe os métodos SCRUM, já montado o painel e iniciada a fase de busca e lançamento das informações.

Na etapa seguinte, com maior compreensão da equipe e com o amadurecimento das ideias e a necessidade de organizar as metas e tarefas, foi apresentado o método CANVAS, o qual proporcionou o gerenciamento do projeto e das atividades colaborativas.

Seguiu-se com aplicação propriamente dita das ferramentas, seguindo a metodologia aplicada, de certa forma com uma compreensão menos acelerada em virtude da ausência de conhecimento pelos membros da equipe de metodologias ágeis e, ao final, a avaliação.

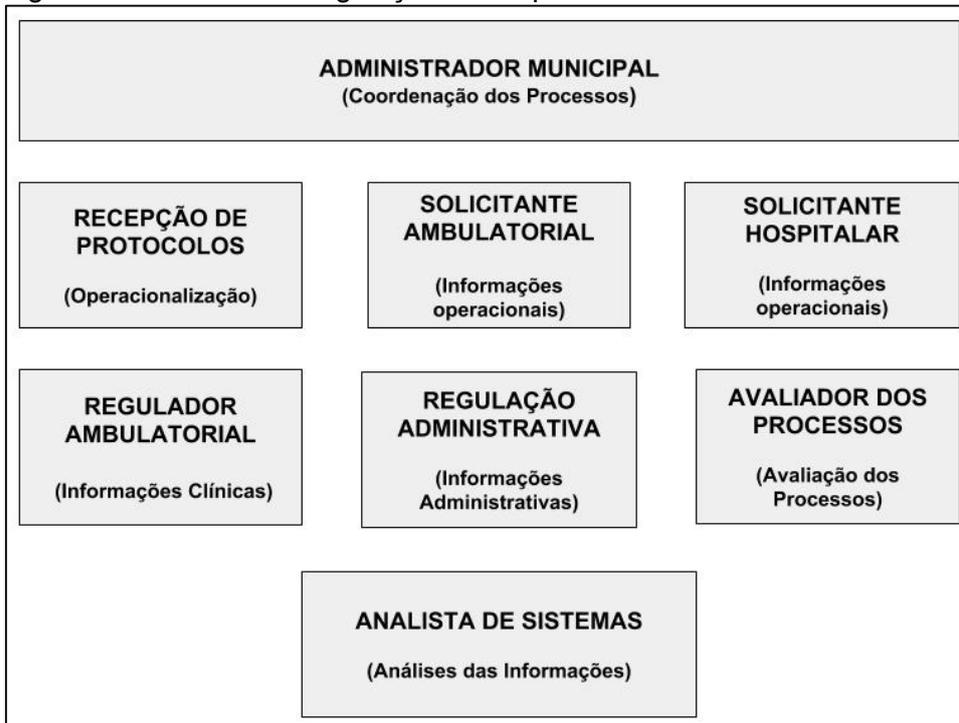
4.2 SITUAÇÃO PROPOSTA

Conforme foi descrito na revisão teórica deste trabalho, as ferramentas de Gerenciamento Ágil de Projetos têm como principal vantagem a flexibilidade, a autogestão, e a simplicidade, o que se utiliza de métodos de comunicação visual que

facilitam a interação da equipe e permitem aos participantes, terem uma visão do produto final em fases iniciais.

A oportunidade da utilização de ferramentas ágeis de gestão originou-se em função da falta de informação quanto aos trabalhos aliados na equipe. De acordo com análise prévia, feita pela pesquisadora, que também integra a equipe, os membros tinham pouca comunicação, articulação e fechamentos de informações condutoras no processo da Central de Regulação. A ordenação das tarefas era centralizada e muitas vezes definida de forma isolada. Cada membro tinha domínio de suas funções e conhecia as informações do processo de trabalho de cada colega, mas as informações não se integravam e por vezes se perdiam no processo. A figura 11, a seguir, nos apresenta o perfil de cada membro da equipe, sem ligação entre os pares, nem ao menos ligação com a coordenação, todos executantes de tarefas que se correlacionam, que se complementam.

Figura 11 - Central de Regulação Municipal

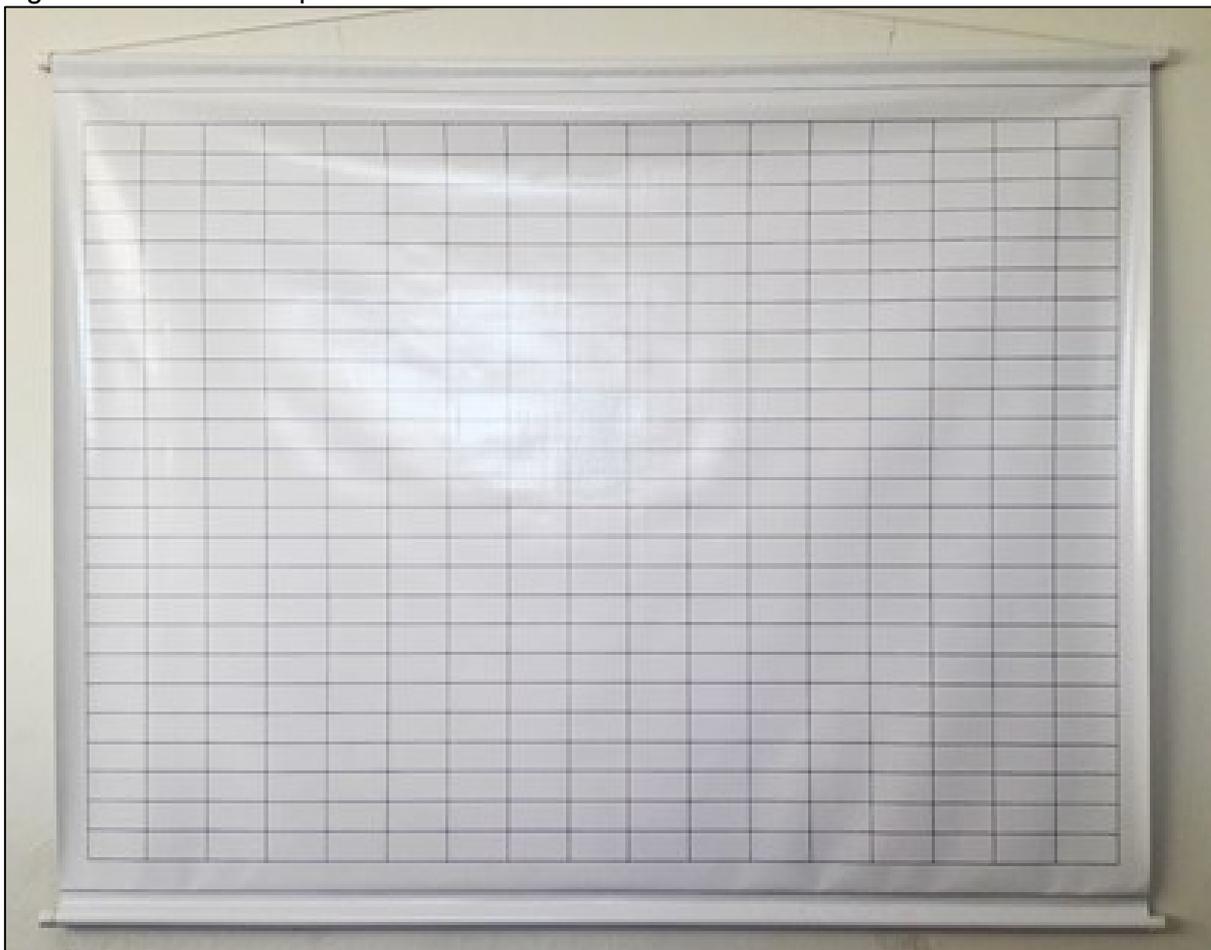


Fonte: A autora.

A necessidade inicial se deu em compreender como se aplicaria uma ferramenta de gerenciamento ágil de gestão, construir um projeto e planejar de que forma poderia se organizar as diversas informações que fazem parte do processo de trabalho da Central de Regulação, bem como quais informações eleger para o gerenciamento esperado.

Assim, a inspiração primeira foi desenvolver um mecanismo semelhante em organização da Ferramenta Scrum, conforme podemos observar abaixo, na figura 12, propondo a utilização de um painel de informações, com organização das informações utilizadas diariamente que norteiam os processos da equipe na busca de acesso, regulação, controle, avaliação e auditoria, de forma integrada e colaborativa.

Figura 12 - Scrum Adaptado



Fonte: Arquivo do Autor.

O painel foi anexado na sala onde trabalha toda a equipe e em branco ele ficou para apreciação e análises por parte de todos na iniciação do projeto. Depois de alguns dias, uma rápida reunião se deu para apresentação da proposta, explicação de teoria, apresentação de práticas e convite aos membros para juntos desenvolvermos esse projeto.

Para a realização, esperava-se a participação de todos para testarmos uma estratégia que pudesse auxiliar na melhoria da comunicação da informação de todos os nossos processos, de forma ágil, bem como o fortalecimento dos fluxos e práticas

propostas por nossa equipe aos demais envolvidos, como as Unidades de Saúde, principalmente os Operadores do Sistema de Regulação - SISREG.

Essa primeira conversa foi bastante interessante, pois por se tratar da utilização de ferramenta de Tecnologia de Informação e Comunicação, os envolvidos ficavam intrigados com o que estavam prestes a participar, pois até o presente momento eles não entendiam como seria possível.

Foi apresentada aos membros da equipe a necessidade de visualização integral das informações, dos processos de trabalho, para uma definição clara do que seria necessário para desenvolver processos de gerenciamento nas filas de espera do SUS da Central de Regulação que estamos incluídos, dessa forma juntos compreendemos a dimensão de nosso problema.

Na apresentação, foi explanado e contextualizado o conjunto de informações que são utilizadas diariamente para o desenvolvimento de nossas tarefas e, para cada conceito, informação que levantávamos, fomos criando as colunas que compõem o painel de nosso projeto.

Inicialmente tomou-se nota quanto ao conhecimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS conhecida como SIGTAP, que são cadastrados no SISREG seguindo tal padronização de código e nomenclatura de procedimento. Com a integração dos dados de processamento de produção, todos os procedimentos inseridos no SISREG, seguem a padronização de nomenclatura e códigos dispostos na Tabela. Dessa forma já identificamos qual a Central de Regulação, no qual já foi descrita seu funcionamento no referencial teórico, que gerencia o procedimento.

Foi organizado na parte superior do painel o nome do representante da coluna de informações, a pessoa que preencheria os dados que fariam composição ao painel, dessa forma tornando pública a participação de cada membro da equipe no projeto, bem como o principal conhecimento de domínio, estabelecido que aquele fosse o profissional que poderia explicar sobre o tema, orientar os demais colegas no entendimento do assunto. Utilizamos a expressão “GP” para representar a coluna que se faria em conjunto ou que seria feita por parte do Gestor do Projeto, por se tratar de colunas de informações escolhidas em equipe. Todas essas informações são possíveis verificar na figura 13.

Figura 13 - Código SUS - Procedimento - Central de Regulação

GP	GP	GP
CÓD SUS	PROCEDIMENTO	CENTRAL DE REGULAÇÃO
30 10 10072	C. CIR. CABEÇA E PESCOÇO ONCOLOGIA	CRICIÚMA
301010072	C. CIR. CABEÇA E PESCOÇO GERAL	CENTRAL ESTADUAL

Fonte: Arquivo do Autor.

A escolha dos procedimentos que se utilizaria no projeto foi organizada, de acordo com o que cada membro relatou qual procedimento entendia necessário. Todos os escolhidos se deram pelo maior número de pacientes que precisavam do acesso ao procedimento ou de encaminhamentos onde não havia muita oferta, com a existência de longa fila espera. Essa escolha se deu principalmente através do conhecimento adquirido diariamente pelos membros da equipe, que conhecem os acessos do SUS – conhecimento tácito. A cada escolha de procedimento, eram selecionados todos os acessos naquelas especialidades em diferentes Centrais de Regulação.

Após consulta no SISREG pelo procedimento desejado, e chegando à informação do Código SIGTAP que tinha sido apresentado, fomos construindo o painel. A figura 14 traz o ambiente do SISREG, local onde estão disponibilizadas as informações dos acessos aos procedimentos estão disponíveis de visualização nos diversos perfis no acesso ao Sistema de Regulação.

Figura 14 - Consulta Ambulatorial - PPI COTAS

CONSULTA DE PPI		
PESQUISA:		
Tipo:	EXECUTANTE ▼	
Central:	ARARANGUA (420140) ▼	
Competência:	JUN ▼	2018 ▼
<input type="button" value="Pesquisar"/>		
PPI POR PROCEDIMENTO:		
Cod. Unificado	Cod. Interno	Procedimento
0303050012	0818137	ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA
0301070059	0739024	ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO

Fonte: SISREG.

A aplicação da pesquisa foi iniciada em junho de dois mil e dezoito, quando existiam trezentos e trinta e cinco (335) procedimentos disponíveis e a possibilidade de serem encaminhados para uma das doze (12) Centrais de Regulação Ambulatorial disponíveis. Foi escolhido um total de vinte (20) procedimentos englobando quatro (04) Centrais de Regulação Ambulatorial, levando-se em conta a capacidade física do painel (figura 12).

Os procedimentos escolhidos foram consultas e exames, por se tratar de uma regulação ambulatorial, excluindo-se os encaminhamentos cirúrgicos. Os escolhidos foram, em grande parte, consultas especializadas (Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Vascular, Oftalmologia Retina, Cirurgia Urológica, Cirurgia Ortopédica de Coluna). E, em menor quantidade, os procedimentos de exames nos casos da especialidade Retina.

Os vinte (20) procedimentos poderiam ser encaminhados para uma das quatro (04) Centrais de Regulação distintas possíveis. Ocorre que, a Central de Regulação objeto da pesquisa, por pactuação, também pode ter acesso à regulação das demais, operando como uma triagem para si e para as demais e a certificação dos procedimentos.

As três (03) colunas iniciais (figura 13) são as que fazem a ligação entre informação pública integrada e gerenciamento ágil necessário a se realizar.

Figura 15 - Protocolo de Acesso - Vaga - Quantidade de Pacientes - Risco - Data de Espera - Espera em Dias - Solicitações com Cid Z000

GP	GP	GABRIELA CIDA	GP	GP	GP	GP
PROTOKOLO	VAGA	QUANTIDADE PACIENTES	RISCO	DATA ESPERA	ESPERA em DIAS	SOLICITAÇÃO CI CID Z000
Neoplasia Maligna de cabeça e pescoço	Regulada	17 ¹⁴⁵ P.2	Amarelo	22/02/2018	76	6
Bócias e nódulos, alterações, tumores... Benignos	Regulada	46 ¹⁰¹⁹ P.19	AZUL	10/04/2018	57	0
Bócias e nódulos, alterações, tumores Benignos...	Regulada	0 P.0				
Tratamento cirúrgico de doença arterial	Regulada	2 P.1	Amarelo	30/05/18	06	0
Avaliação Vascular geral: clínica e cirúrgica	Regulada	119 ^{SMS: 75} ^{UBS: 26}	AZUL	10/05/2018	27	0

Fonte: Arquivo do Autor.

Como pode ser visualizado na figura 15 acima, pensou-se em algumas informações indispensáveis para o acesso aos serviços de saúde: Protocolo Clínico de Acesso, e Fluxo de Solicitações. Tais informações são disponíveis publicamente na página da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, publicados pelo Complexo Regulador do Estado, órgão norteador dos processos, que discute e decide com Comissão Bipartite (Estado e Municípios), assunto apresentado no capítulo que fala do Sistema Único de Saúde.

Os protocolos servem para nortear os médicos solicitantes de qual perfil clínico os pacientes devem estar apresentando, e detalhar quais as provas diagnósticas e tratamentos realizados, para a inserção do paciente na fila ao acesso do procedimento. Os protocolos são de uso médico, mas o documento é norteador do acesso para toda equipe multidisciplinar que atua no atendimento básico de saúde e nos demais níveis de atenção. O objetivo aqui foi regular todos os encaminhamentos feitos, averiguar se os mesmos estavam solicitados pela indicação clínica e se estavam completos com os dados necessários descritos no protocolo, tarefa que foi desempenhada pelo perfil Médico. Com essa coluna, também sentimos a necessidade

de realizar capacitações com os médicos envolvidos, no sentido de relembrar o uso do protocolo, atualizar e tirar dúvidas clínicas para o encaminhamento ao acesso à saúde desses procedimentos elencados.

A vaga definida no Fluxo de Acesso, serve para descrever aos Operadores do SISREG como deverá ser feita a solicitação no sistema. Como a configuração está feita e como deverá ser observada e gerenciada essa solicitação.

As informações de Protocolo e Fluxo, foram descritas no projeto pelo Gestor. No caso das informações do protocolo usadas, essas foram definidas em estudo ao protocolo, com o Médico Regulador e alguns membros da equipe e, depois, descritas.

Com as informações da quantidade de pacientes, que podem ser visualizadas na figura 15, os profissionais envolvidos buscaram nos arquivos da Central de Regulação o quantitativo de solicitações pendentes fisicamente e iam descrevendo os números totais por procedimentos. Para a realização do preenchimento das informações de quantidade de pacientes, utilizamos uma data corte (figura 15), pois como as solicitações são feitas diariamente e também diariamente são realizados agendamentos, não era tarefa fácil atualizar a cada mudança.

Quanto à verificação da quantidade de pacientes pendentes em fila, avaliamos as informações de protocolo de solicitações, correlacionadas com as solicitações físicas pendentes na Central de Regulação e confirmadas pela planilha de relatórios BI do SISREG que nos mostra quantas solicitações estavam aguardando agendamento. Para perfeito gerenciamento, todas as informações devem se cruzar sem erros, garantindo credibilidade dos processos. Depois que os processos eram avaliados pelo Médico Regulador, realizamos busca ativa na base de dados do Cartão Nacional de Saúde, para nos certificar que o paciente ainda residia em Araranguá (Fluxo de Solicitações no SISREG se dá por município de residência), entrávamos em contato com solicitações antigas para ver se ainda existia necessidade da realização bem como atualização de dados, a esse processo nomeia-se higienização das filas.

As informações de risco, data espera, espera em dias e solicitações com “CID Z 00.0” (Código Internacional de Doenças - 10 - CID-10. Z 00.0: Exame Médico Geral), foram filtradas da Planilha BI extraída do SISREG e correlacionadas com a documentação física. O risco nos alertava sobre pacientes graves na fila do procedimento e era planejado uma estratégia de auxílio e verificação da realidade de saúde desse paciente, para que a espera pelo agendamento fosse de forma estável.

O Campo “Data da Espera” é a data da solicitação mais antiga, que, junto com a coluna de Espera em Dias, revela a real situação da fila. Esta análise conduz a avaliação de quais motivos poderiam estar apresentando a quantidade de dias de espera, bem como possibilidades de planejamento e aplicação de avaliação sobre a gerência da fila do procedimento.

A coluna com o quantitativo de solicitações feitas utilizando o CID Z 00.0, norteava a verificação da falta de conhecimento do protocolo de acesso por parte do solicitante. Talvez necessidade de atualização do uso dos documentos, ou a possível clínica não específica para o atendimento ao serviço especializado. A Central de Regulação de Araranguá, visando a melhor qualificação das informações e o melhor aproveitamento do uso dos acessos à saúde, desenvolveu um fluxo municipal, que é executado até o presente momento desta pesquisa: a não autorização do uso desse CID Z 00.0, pela falta de informação clínica que o código apresenta.

Na construção do projeto, a correlação entre as colunas cada vez mais se mostrava presente e importante e ainda, a visualização de todas elas juntas para apreciação de forma global mais atraente.

Figura 16 - Oferta Mensal - Realizado (faltosos) - Custo SUS - Custo Real

GISELE ANDREZA	MARCELO	ANDREZA	GP
OFERTA MENSAL	REALIZADO FALTA	CUSTO SUS	CUSTO REAL
7 T. 5.586	7	R\$ 10.00	
.Encaminha: 6,37(R) .Recebe: R\$ 4,80	4	R\$ 10.00	
Teto virtual 111	0	R\$ 10.00	
SISREG: 1 TERMO: 4,57	4	R\$ 10,00	
Físico: 5.86 Financeiro: R\$ 58,64	78 / 0	R\$ 10.00	R\$ 90,00

Para compreensão de todos os documentos norteadores da assistência especializada do SUS, é necessária compreensão de alguns documentos de Gestão do SUS. Dessa forma, entendemos que era necessário o conhecimento das formas de pactuações existentes. Para isso inserimos a coluna Oferta Mensal, como mostra a Figura 16. Essa informação pode ser verificada no acesso, aqui já descrito PPI cotas do SISREG. A PPI existente no SISREG é configurada pela Central de Regulação responsável pelo serviço. Essa configuração toma por base os documentos de Programação Pactuação Integrada entre Gestores do SUS municipal (uns com os outros) ou de município com Estado, esses serviços são considerados ambulatoriais, ou seja, que pode esperar e classificados como média ou baixa complexidade. Os serviços de Alta Complexidade são disponibilizados por Termo de Compromisso de Acesso e nesse documento está descrita como cada acesso deve ser oferecido nas regiões pelos municípios que recebem a gestão dos serviços para a distribuição de cotas (PPI) para os municípios solicitantes. Todos esses documentos são públicos, mantêm atualização constante. Neste estudo com a equipe se capacitou e deixou mais clara a compreensão dos processos de fluxos de acessos aos procedimentos estudados e os demais procedimentos da rede de acesso SUS.

Entendemos a necessidade de avaliar os agendamentos realizados (coluna Realizados), correlacionando com a PPI de acesso (SISREG e documentos de gestão) e a oferta recebida. Verificamos ser preciso avaliar a quantidade de faltas e pensar em estratégias para um plano de intervenção de faltas. Tivemos muitas respostas e mais perguntas, o fato é que, o acompanhamento e avaliação nos trazia uma realidade nova, um acompanhamento global e simples.

Conhecendo a lista de procedimentos do SUS - a SIGTAP, incluímos a coluna do Custo SUS, apresentando os valores pagos pelo SUS nos procedimentos contratualizados pelo município. Os valores da Tabela SUS são utilizados nos contratos, programações e pactuações de acesso. O Custo Real que utilizamos, são valores padronizados pelas associações das regiões dos municípios, que estabeleceram uma tabela de preços (com uma carta de profissionais), para auxiliar os municípios na compra de serviços especializados, com valores mais acessíveis comparados as ofertas de acesso por outros convênios ou particular.

Correlacionando com as colunas Custo Real x Custo SUS, para os serviços que eram disponibilizados apenas na Central de Regulação de Araranguá, foi possível nivelar a importância do encaminhamento médico correto, da solicitação no SISREG

sem falhas e a importância da classificação de risco dos pacientes nas filas, oferecendo acesso mais rápido para quem está mais doente, além de compreender que os recursos podem não ser suficientes por utilizar Tabela SUS e praticarmos outros valores para o acesso aos serviços.

Figura 17 - Unidade Solicitante - Solicitações Erradas - Solicitações Devolvidas

GP	GP	BRUNA ZENIO
UNIDADES SOLICITANTES	SOLICITAÇÕES ERRADAS	SOLICITAÇÕES DEVOLVIDAS
Central BP	0	0
Regulação	0	0
Regulação	0	0
Regulação	0	0

Fonte: Arquivo do Autor.

Por fim, chegou-se à necessidade de mais algumas avaliações na execução do Fluxo, das solicitações existentes no SISREG, verificar se os profissionais solicitantes eram os profissionais autorizados a realizar o pedido do acesso. Na Central de Regulação de Araranguá as unidades básicas de saúde solicitam no SISREG, encaminhamentos realizados pelos médicos das Equipes de Saúde da Família, a Unidade Central do Município realiza as solicitações dos médicos especializados. Essa logística visa qualificar os encaminhamentos, fortalecer a atenção básica e só utilizar a atenção especializada uma vez que os acessos básicos de saúde foram esgotados, sempre observando o quadro clínico dos pacientes em atendimentos. Essa coluna, que pode ser observada na figura 17, fez com que a equipe tomasse nota mais uma vez de como os fluxos foram criados, qual o sentido e importância de cada passo. Na coluna seguinte escolhemos incluir Solicitações Erradas, justamente avaliar se existiam solicitações erradas no sentido de fluxo, quem

encaminhou ou de solicitação na configuração de vaga de acesso, coluna já apresentada anteriormente.

Definiu-se escolher a opção existente no SISREG, que se chama Devolução da Regulação e chamar de Solicitações Devolvidas, observado na figura 18.

Figura 18 - Solicitações Devolvidas Regulação

The screenshot displays the SISREG interface for searching devolved requests. The header shows the system name 'SISREG' and user information: 'Operador: LILIANOLLA Perfil: ADMINISTRADOR MUNICIPAL (ARARANGUA) V - 3.4.15058'. The main content area is titled 'CONSULTA SOLICITAÇÕES DEVOLVIDAS PELO REGULADOR'. It features a search form with the following fields: 'CNS Paciente', 'Unidade Solicitante' (set to 'Todas'), 'Procedimento', 'Código', 'Descrição', 'Período', and 'Tipo' (with radio buttons for 'Solicitação' and 'Devolução', where 'Devolução' is selected). The 'Período' is set from '01/06/2018' to '30/06/2018'. There are 'PESQUISAR' and 'LIMPAR' buttons. Below the form is a table with the heading 'SOLICITAÇÕES PESQUISADAS (6)'. The table has the following columns: 'Código Solicitação', 'Usuário', 'CNS', 'Endereço', 'Telefone', 'Data de Solicitação', 'Data de Devolução', 'Profissional Solicitante', and 'Unidade Solicitante'.

Fonte: SISREG.

Esse ambiente é para comunicação entre o operador solicitante, que insere o encaminhamento no sistema, feito pelo médico assistente, e o profissional regulador, que irá autorizar o agendamento do atendimento. Por aqui são feitos questionamentos ao médico assistente sobre informações que não ficaram claras para a devida priorização do paciente na fila, ou para notificar a falta de algum dado clínico necessário, descrito no protocolo de acesso, que influencia na classificação de risco e entre outras necessidades mais, que se faz uso dos devolvidos. É uma plataforma para certificação e registro de informações. Se existem solicitações devolvidas e não respondidas, o paciente não está na fila e pode não acessar o procedimento necessário, se não foi ajustado tal devolução. Existem documentos de orientação do Estado para o tempo necessário para responder uma solicitação devolvida, que é de 10 dias, mas que por vezes não é comprimida. Essa coluna possibilitou nossa verificação e ajuste, garantido o acesso do paciente devidamente na fila.

Ao final de cada coluna, colocamos o campo “Legenda”, que nos dava orientação de quais informações precisávamos buscar ou qual local essa informação estava descrita, para os que iniciavam as atividades pudessem recordar os passos que precisávamos dar. Na figura 19 é possível observar a linha “Legenda”.

Figura 19 - Legenda

LEGENDA	20 PROCEDIMENTOS		PROTOCOLO CLÍNICO E FLUXO DE SOLICITAÇÃO	COMO É A OPERA NO SISREG. EX: BOMTELA FILA REQ.	07.06.18	MAIOR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, DENTRO DO PROCEDIMENTO
---------	------------------	--	--	--	----------	--

Fonte: Arquivo do Autor.

Estabeleceu-se que seria feita a construção dos dados em dois (02) meses, iniciando em junho de 2018 e finalização em agosto de 2018. Esse tempo foi estipulado para observarmos os agendamentos e faltosos que elaboramos nas colunas de controle, bem como para apreciação dados e ainda das conversas necessárias de capacitações e fortalecimentos com todos os envolvidos.

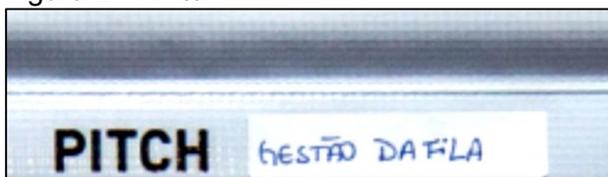
A ferramenta utilizada proporcionou a visualização do fluxo geral dos acessos aos serviços, bem como avaliação de todos os envolvidos no processo, desde as Unidades Básicas de Saúde até a equipe de execução dos serviços. Todos os membros da equipe se envolveram de diferentes formas.

Em certo momento a execução das tarefas se perdeu e era necessário estímulo por parte do Gestor do Projeto para que os envolvidos colaborassem, a autogestão proposta, não se apresentava e era necessário um plano de intervenção. A estratégia de unir as informações nos apresentava como importante, mas não havíamos proposto um planejamento para esse projeto.

Diante dessa realidade optou-se pela utilização do PM Canvas. Como já apresentado no referencial teórico, o PM Canvas é uma ferramenta ágil de gestão de projetos e possibilita maior compreensão de como organizar as ações dos membros da equipe, bem como os resultados esperados.

Utilizando o quadro proposto por FINOCCHIO (2013), apresentado no referencial teórico, iniciamos a construção a partir do Pitch, que é a descrição da ideia do projeto em uma frase resumida. Conforme a figura 21 a seguir, o Projeto foi nomeado de “Gestão da Fila”.

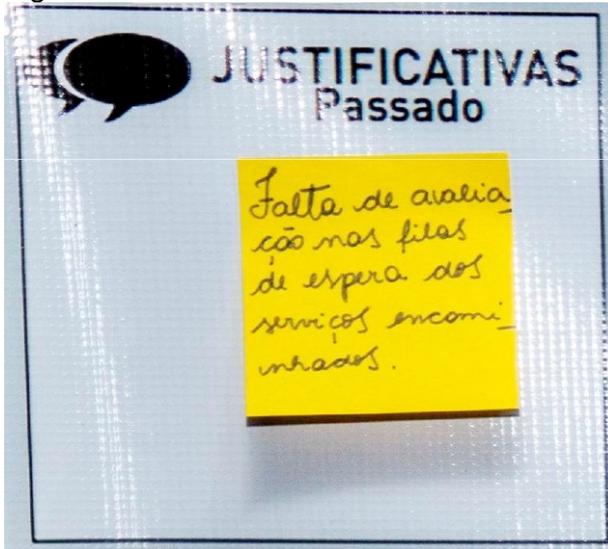
Figura 21 - Pitch



Fonte: Arquivo do Autor.

Na etapa seguinte, precisava-se entender a necessidade da realização do projeto, perceber que existem filas de espera, que elas são publicizadas, que há verificação das informações, mas não havia mecanismos de controle e avaliação sobre todos os processos e informações que compunham a formulação de uma fila de espera de um serviço especializado. A figura 22 a seguir, apresenta a justificativa utilizada. Justificativa do Projeto: “Falta de avaliação nas filas de espera dos serviços encaminhados”.

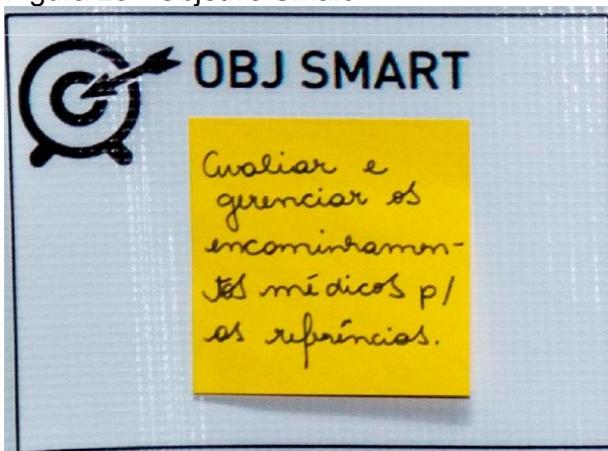
Figura 22 - Justificativa



Fonte: Arquivo do Autor.

Seguindo a terceira etapa, define-se o objetivo do projeto (OBJ SMART), aqui busca-se informar os objetivos específicos, possíveis de mensurar, atingíveis e realistas. Dessa forma, foi compreendida a necessidade de verificação de todas as solicitações médicas encaminhadas para os serviços especializados, elencadas no painel de trabalho anterior modelo Scrum, que estavam inseridas no Sistema de Regulação, na data corte de solicitações realizadas até junho de 2018. O Objetivo *Smart* do projeto foi: “Avaliar e gerenciar os encaminhamentos médicos para as referências”, conforme figura 23.

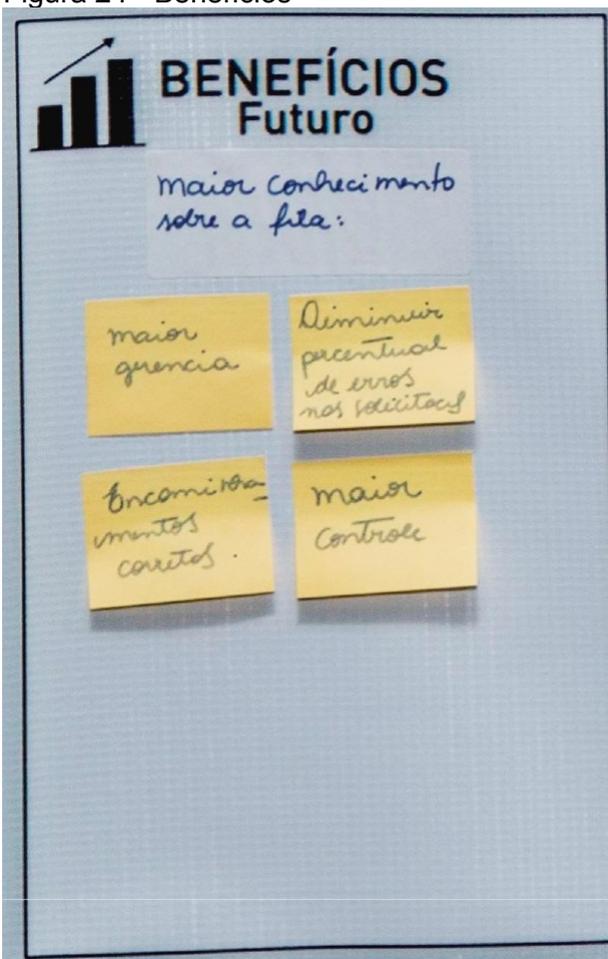
Figura 23 - Objetivo Smart



Fonte: Arquivo do Autor.

Na etapa seguinte, foram listados os benefícios que seriam alcançados ao final da execução do projeto. Esperava-se que com o maior conhecimento da fila teríamos: maior gerência, diminuição do percentual de erros de solicitações, encaminhamentos corretos, maior controle. Foram anexados ao quadro, então, os *post-its*, demonstrados na figura 24.

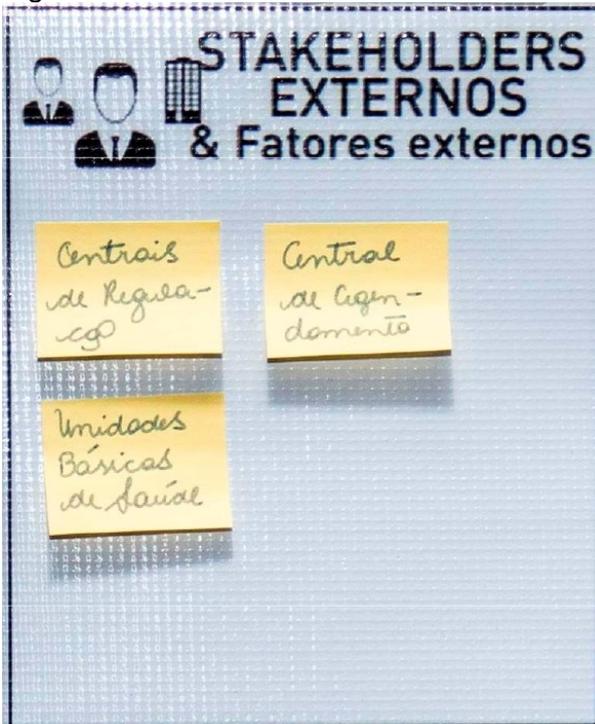
Figura 24 - Benefícios



Fonte: Arquivo do Autor.

A quinta etapa, foi descrever qual seria o resultado final do projeto, o Produto que se espera ao fim da execução, de modo que possa atingir os benefícios esperados. A descrição do Produto se deu da seguinte forma: "20 procedimentos regulados: higienizados por busca ativa, com avaliação e realizado estudo das solicitações...", conforme figura 25.

Figura 25 - Produto



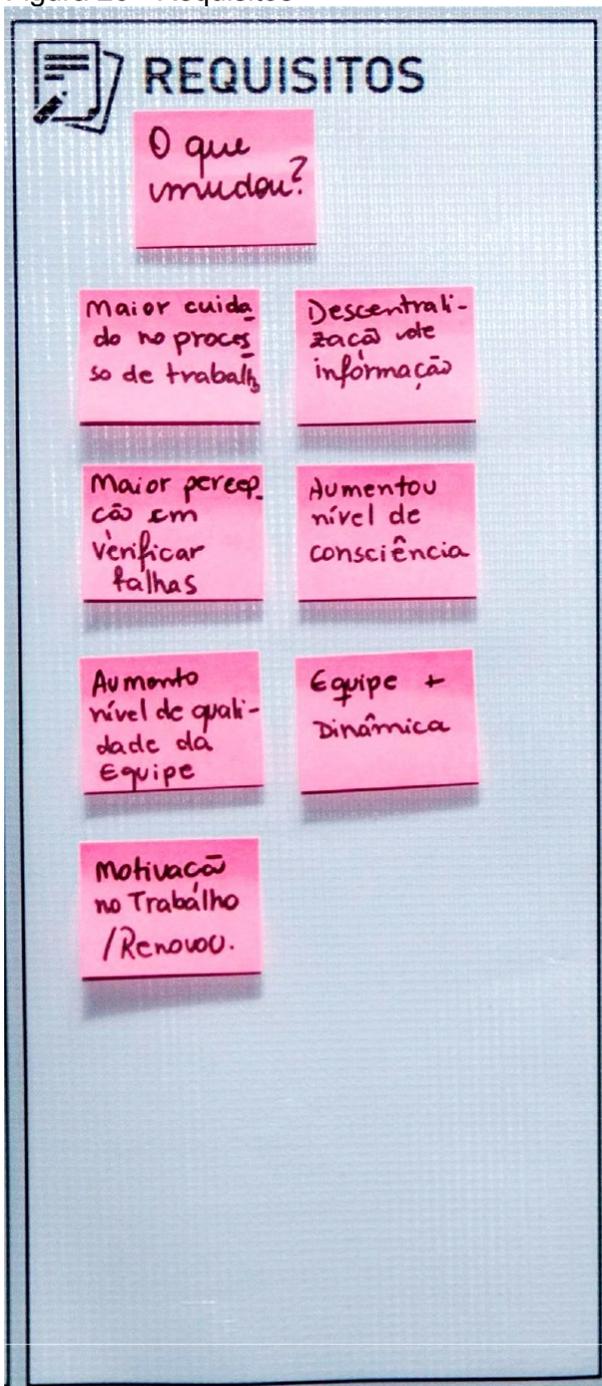
Fonte: Arquivo do Autor.

A seguir vamos apresentar os Requisitos elencados do projeto, a saber:

- Maior cuidado no processo de trabalho;
- Descentralização da informação;
- Maior percepção em verificar falhas;
- Aumento do nível de consciência;
- Aumento do nível da qualidade da equipe;
- Equipe + dinâmica;
- Motivação no trabalho / Renovou.

Todos foram anexados no quadro, conforme figura 26.

Figura 26 - Requisitos



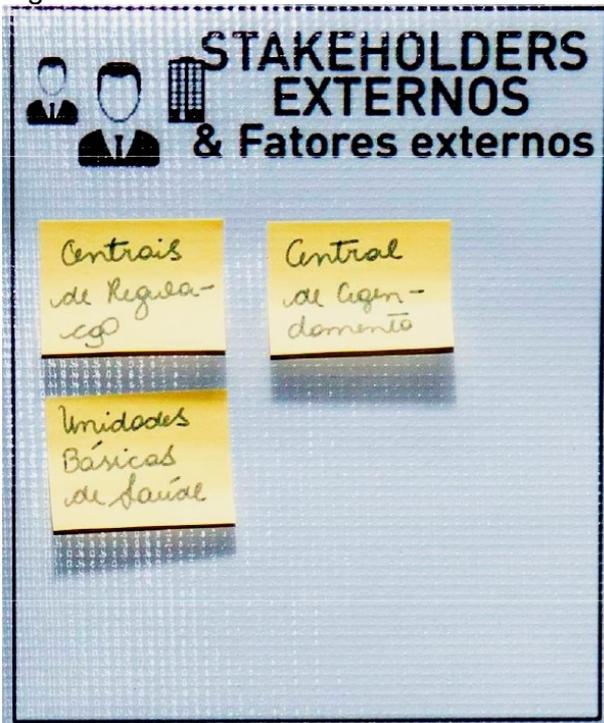
Fonte: Arquivo do Autor.

Na sexta etapa, descrevemos os STAKEHOLDERS, que são pessoas ou grupos, ou mesmo organizações que possuem interesse na execução do projeto, conforme figura 27.

Identificou-se como:

- Centrais de Regulação;
- Central de Agendamento;
- Unidades Básicas de Saúde.

Figura 27 - Stakeholders

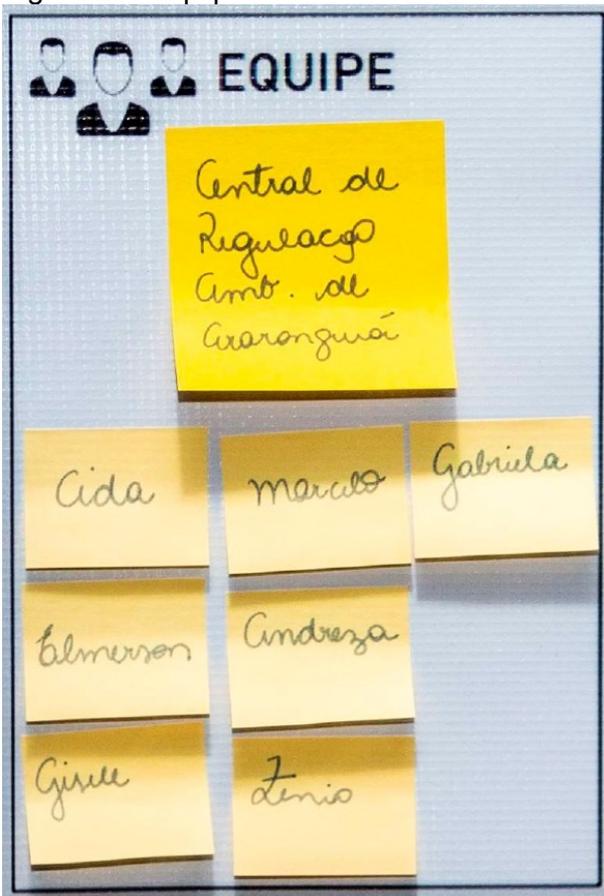


Fonte: Arquivo do Autor.

A Equipe para realizar o projeto, foi a que integrava a Central de Regulação Ambulatorial de Araranguá, composta por: 01 Analista de Sistema; 02 Auxiliares Administrativos; 01 Enfermeiro; 01 Estagiário; 03 Técnicos de Enfermagem; e, 03 Médicos.

Essa equipe passou por ajustes e um (01) Técnico de Enfermagem e um (01) Médico saíram da equipe, mudanças de setores, o Técnico de Enfermagem conseguiu participar quase até a conclusão do projeto, depois não foi mais possível sua participação. Dos médicos que estão na equipe, total de dois (02), só um (01) conseguiu participar, devido carga horária de trabalho. Para formular os *post-its* e anexar no quadro conforme figura 28, a equipe preferiu usar seu próprios nomes, como foi utilizado no painel anterior (modelo Scrum).

Figura 28 - Equipe



Fonte: Arquivo do Autor.

As Premissas foram pouco discutidas por parte da equipe. O entendimento foi de que teríamos como exemplo de premissas outras Centrais de Regulação, chamadas de Centrais Executantes, que pode ser observado na figura 29. Essas Centrais são responsáveis pelo agendamento das solicitações feitas por nosso município, onde os procedimentos inseridos em fila pouco influenciaram em nossas atividades, por se tratarem de gestões distantes dos outros municípios.

Figura 29 - Premissas

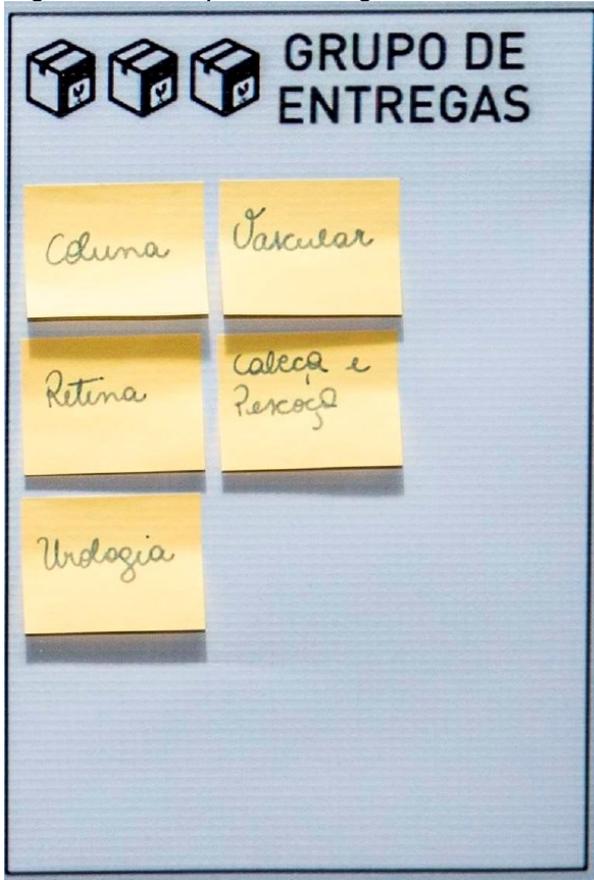


Fonte: Arquivo do Autor.

Na etapa seguinte, definimos os grupos de entregas e utilizamos os nomes das especialidades escolhidas, nos blocos dos grupos dos vinte (20) procedimentos escolhidos, conforme figura 30, representados por:

- Coluna;
- Vascular;
- Retina; Cabeça e Pescoço;
- Urologia.

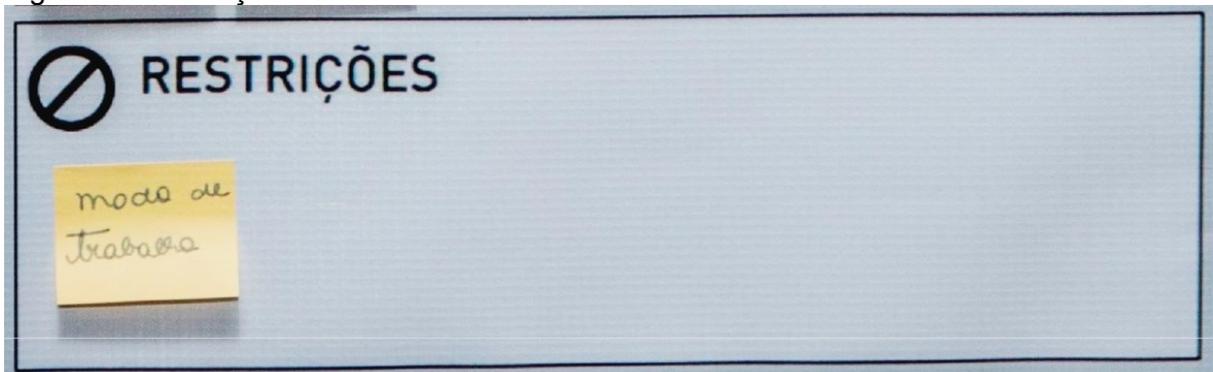
Figura 30 - Grupo de Entregas



Fonte: Arquivo do Autor.

A etapa seguinte constituiu em descrever as limitações impostas ao projeto e que impactavam o trabalho da equipe. Após conversa uma única restrição se elencou: “o modo de trabalho” ao qual a equipe estava organizada, conforme figura 31.

Figura 31 - Restrições



Fonte: Arquivo do Autor.

Após descrever a restrição do projeto, deu-se continuidade ao plano do projeto, listando então os Riscos que podem afetar o desempenho das atividades, que pode ser de forma positiva ou negativa.

Os Riscos levantados foram:

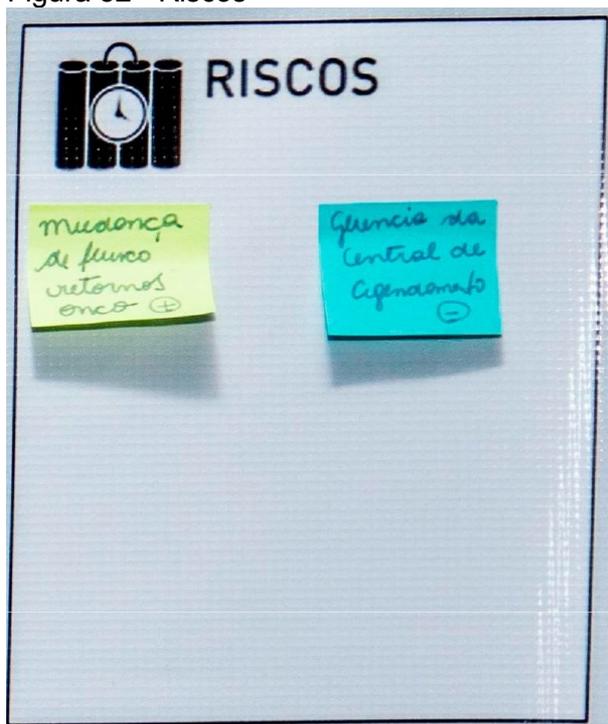
- Mudança de Fluxo retornos onco: positivo;
- Gerência da Central de Agendamento: negativo.

Como o processo de planejamento deu-se início para gerenciar as tarefas que estavam em execução no painel de informações; os riscos surgiram nesse período, onde a demanda levanta em fila dizia respeito dos pacientes que já estavam em atendimento e aguardavam consulta de retorno, mudando totalmente o fluxo de acesso. Assim a fila mudou radicalmente, contendo aproximadamente 10% da fila que se tinha no princípio, passando a conter paciente que iniciaram no serviço, na consulta especializada, primeiro acesso. Descrevemos como Risco positivo.

Houve ainda mudança nas gerências dos processos, passando a Central de Agendamentos para outra gerência da Secretaria de Saúde e a essa mudança registramos como negativas, pois mudaria nossa forma de controle e avaliação, mas não afetaria no resultado final do projeto.

Segue figura 32, com o registro de tal organização.

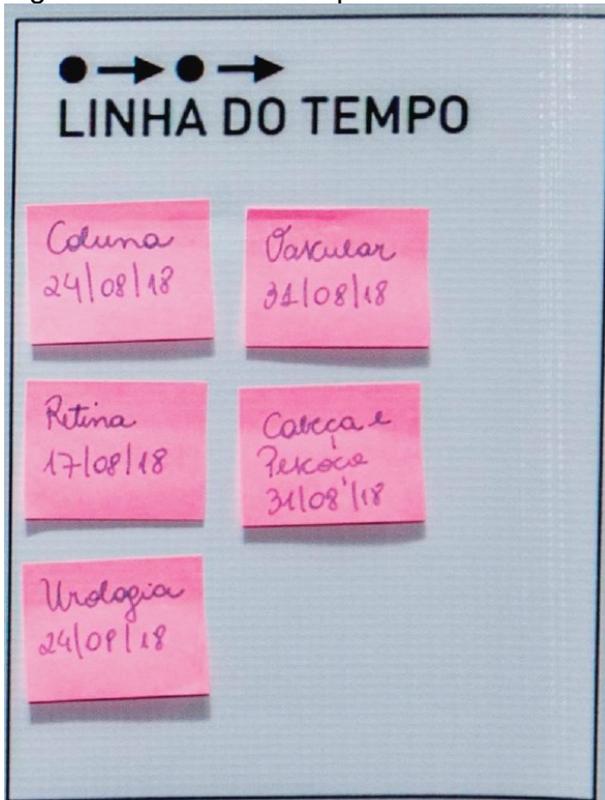
Figura 32 - Riscos



Fonte: Arquivo do Autor.

Como a elaboração do painel dos procedimentos já estava em construção, planejamos a Linha do Tempo do Projeto com datas finais para o término das ações por especialidades, as mesmas utilizadas no Grupo de Entrega. Assim cada profissional, e a equipe de forma conjunta, nortearam suas atividades para as datas programadas, conforme figura 33.

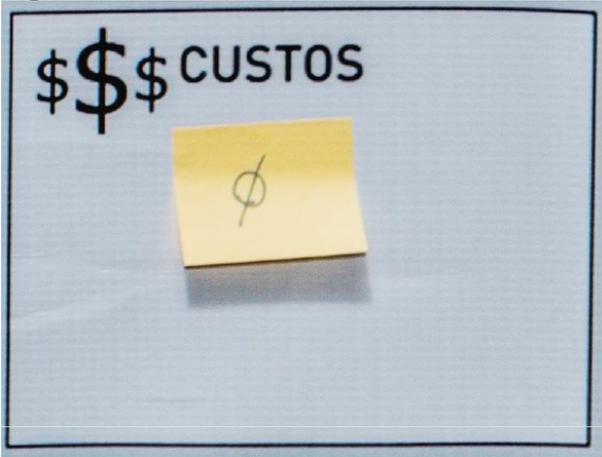
Figura 33 - Linha do Tempo



Fonte: Arquivo do Autor.

Para encerrar o planejamento do projeto, era necessário avaliar os custos para tal realização. Levando em conta que a principal mudança que se esperava era no que diz respeito à mudança na forma de gerenciamento das filas de espera do SUS, definiu-se que o custo seria zero (0), conforme figura 34.

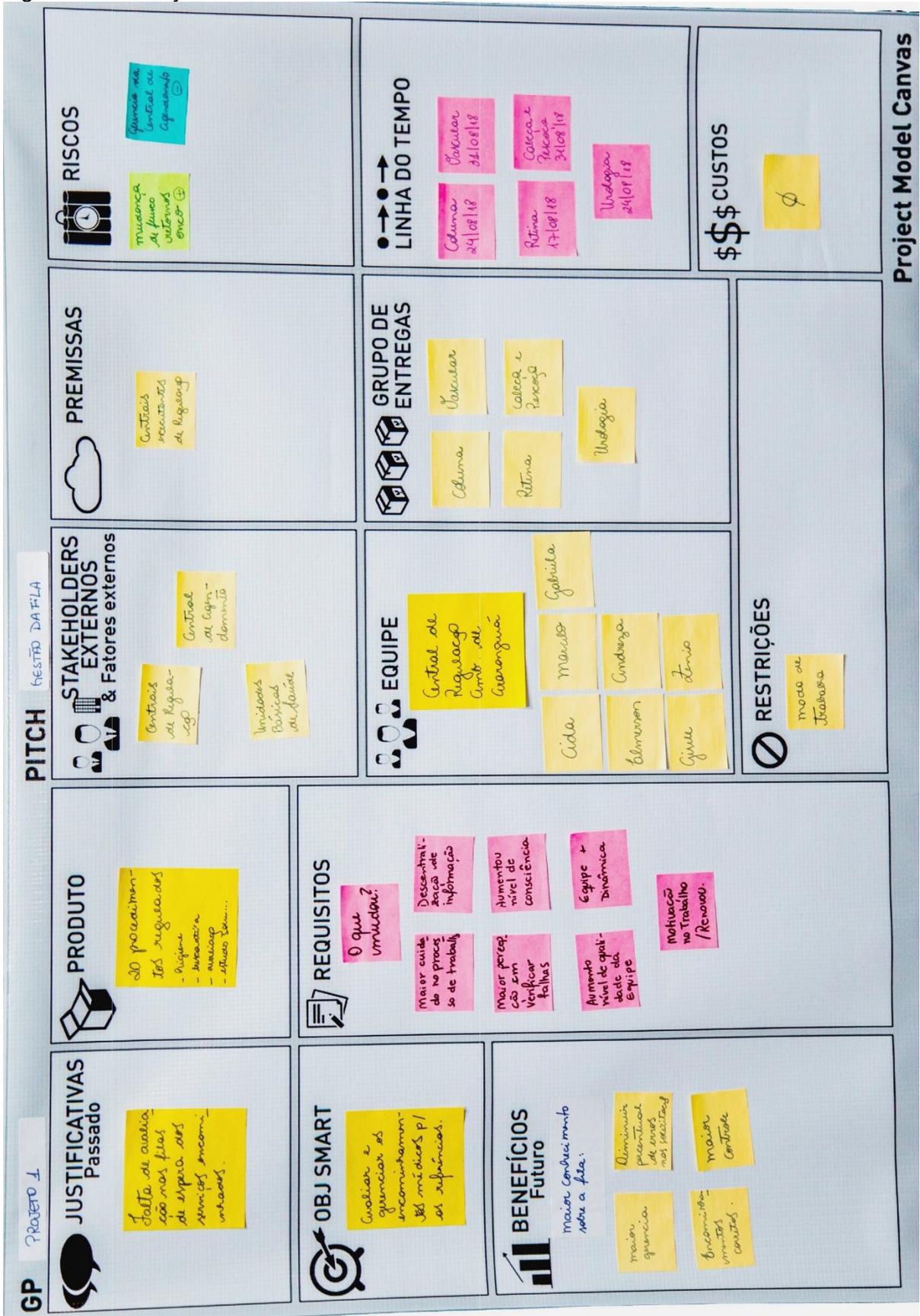
Figura 34 - Custos



Fonte: Arquivo do Autor.

Com a conclusão do quadro que ficou afixado na sala da equipe, conforme figura 32, a motivação e desempenho para a realização das ações seguintes foi mais dinâmico e colaboração mútua e participativa.

Figura 35 - Planejamento PM Canvas



Fonte: Arquivo do Autor.

O planejamento estava feito, todos compreendiam quais eram suas importâncias e dentro de suas atividades diárias quais ações tinham que avaliar e controlar, bem como atualizar no Projeto proposto. O setor tem uma grande rotatividade de outros profissionais, de diferentes setores, e quando questionados do que era o quadro, cada um tinha uma resposta, algo a complementar. Havia até uma brincadeira de cobrança por parte de um membro da equipe que estava com as atualizações muito atrasadas, principalmente quando os prazos programados da Linha do Tempo do planejamento foram se aproximando do fim. Conforme se pode observar na figura 36.

Realizaram-se reuniões diárias de alguns minutos para alinhamento das ações e dúvidas na busca das informações. A equipe realizou em conjunto cada ação para ajuste dos levantamentos encontrados. Com as ferramentas utilizadas, os membros tinham visão geral do projeto, foi dada liberdade para os participantes do projeto para se auto-organizarem de maneira colaborativa para a realização das tarefas.

Na avaliação dos protocolos dos encaminhamentos de Cabeça e Pescoço, Vascular e Urologia, organizamos pauta na reunião mensal dos médicos das Unidades de Saúde, para reforçar os protocolos de acessos, orientar quanto a encaminhamentos que precisavam de melhorias. Como a especialidade de Cirurgia Vascular também é encaminhada pelo Cardiologista, aproveitamos e reciclamos as informações quanto ao protocolo e ajustamos alguns fluxos de encaminhamentos a fins, bem como para a especialidade de Urologia, que reforçamos as parcerias entre Ginecologia e Atenção Básica, organizando sempre para ambas as especialidades (Vascular e Urologia) a avaliação primária especializada do município antes de qualquer encaminhamento para especialidade da referência na qual possui fila. Alertamos quanto à espera errada e propomos uma oferta de serviço sem demora, para confirmação de diagnóstico e devidos encaminhamentos.

Os encaminhamentos de Retina e Coluna, são de espera de serviços da Referências Especializada e Alta Complexidade de acesso, respectivamente, nesse caso de acordo com o Fluxo Municipal, só podem ser encaminhados pacientes que realizaram consulta no SUS com o especialista de cada área. Dessa forma nossa conversa precisava ser com os médicos oftalmologistas e ortopedistas, ambos profissionais que são prestadores de serviço e não funcionários. O que para nós causou um pouco de receio, mas mesmo assim realizamos contato, encaminhamos os protocolos e reforçamos a quantidade de encaminhamentos existentes sem prioridade e alertamos da importância da informação do dado clínico completo para a correta classificação de risco e acesso ao serviço. Tivemos uma aceitação muito boa e na sequência conseguimos melhorar em muito as solicitações no sistema.

A organização da higienização dos pacientes se deu em alguns momentos, foi executada por parte da equipe. Verificamos primeiro a movimentação do Cartão SUS, para nos dar uma ordem de acesso ativo no Sistema Único de Saúde, depois conferência do cadastro ativo na nossa cidade e por último contato telefônico, a fim de confirmar a necessidade do exame, confirmando sua permanência ou não na fila.

Alguns telefones estavam desatualizados e as Unidades Básicas de Saúde participaram, realizando busca ativa dos pacientes em suas residências ou em cadastros da Unidade atualizando os contatos.

Os estudos dos documentos SUS para verificação dos acessos proporcionou credibilidade na ação para as gerências de controle e avaliação, avaliando as informações do Fundo Municipal de Saúde, que são os registros financeiros, bem como as Portarias Ministeriais e correlacionadas com as Deliberações Estaduais. Esses estudos fortaleceram as ações de cobrança de acesso de outras Centrais de Regulação pactuadas, bem como a melhor inserção das solicitações no Sistema de Regulação.

A busca pelos faltosos deflagrou uma infinidade de eventos e estratégias necessárias a se alcançar, os problemas levantados foram:

- Contatos telefônicos desatualizados, impossibilitando a comunicação do aviso do agendamento;
- Áreas do município que não funcionam linhas de telefones;
- Importância do uso de aplicativo de mensagens, ainda não utilizado;
- Distância do acesso à saúde para os pacientes, dificuldades de locomoção de transporte público, etc;
- Falta de indicação ou necessidade do encaminhamento, levando a desistência por parte do paciente no serviço;
- Muito longa a espera e o paciente realizou o procedimento de outra forma não comunicou a Secretaria;
- Esquecimento para comparecer ao exame;
- Eventos excepcionais.

Esses levantamentos nos fizeram pensar na necessidade de um plano de intervenção para faltas, que deverá ser desenvolvido pela equipe da Central de Regulação e demais setores envolvidos.

As solicitações erradas e devolvidos da regulação que encontrava-se pendente, dentro do SISREG, dizia respeito a erros de fluxo e processo de trabalho, nas atividades desenvolvidas pelos operadores do SISREG. Para essa ação realizamos reunião de equipe, levantamos os erros, atualizamos o fluxo e ajustamos as solicitações, garantido as informações corretas, bem como às inserção corretas das solicitações no Sistema para todos os pacientes que aguardavam atendimentos nessas especialidades.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA SOLUÇÃO PROPOSTA

A apresentação dos resultados desta dissertação é organizada em dois momentos: primeiramente apresentado as perguntas e respostas obtidas via aplicação de questionário com os membros da equipe que participaram da pesquisa; no segundo momento, são analisados os resultados da implementação da solução proposta.

5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOLUÇÃO PROPOSTA

Para avaliar a aplicação dos modelos de projetos propostos, que foram apresentados na sessão anterior, foi realizada pesquisa visando a percepção e a viabilidade da aplicação buscando a opinião do grupo que participou.

Esta avaliação foi realizada através de um formulário pelos membros da equipe que realizou o projeto após seu término. A partir das respostas obtidas, será possível avaliar a aceitação na utilização dos métodos.

O formulário aplicado, disponível no Apêndice A, foi construído com sete (07) questões fechadas, com base nos conhecimentos tácitos da Pesquisadora, sob a revisão do Professor Orientador e analisada por um Bacharel em Direito, Especialista em Direito *Lato Sensu*, no dia dezoito de março de dois mil e dezenove (18/03/2019). Foi aplicado, através de um *link* de acesso, com todos os participantes do projeto, total de oito (08) profissionais, encaminhado por mensagem, com orientação de responder abertamente o que o processo representou no processo de trabalho.

Questão 1. As ferramentas ágeis foram úteis no processo de trabalho?

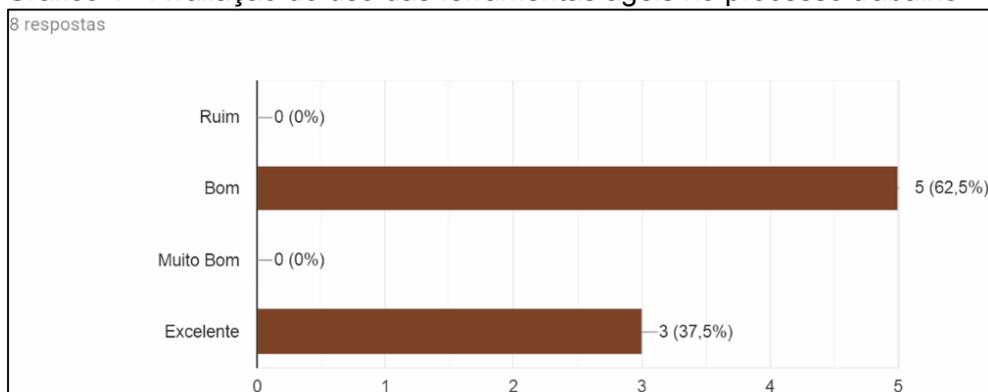
A primeira questão buscou verificar se a equipe entendeu por úteis as ferramentas aplicadas, uma vez que se tinha conhecimento prévio do não contato dos membros com tais sistemas. Perguntou-se de forma geral, referindo-se a ambas as ferramentas, para fins de estabelecer, posteriormente, sobre qual ferramenta os membros da equipe melhor se adaptaram.

Nesse contexto, estabeleceu-se que as respostas teriam as variantes de “Ruim”, quando o membro da equipe entendesse pela inutilidade das ferramentas, passando por “bom”, o que se considerava pela utilidade, “muito bom” que se teria por

muito útil, até “Excelente”, que significava que as ferramentas ágeis foram consideradas extremamente úteis.

Houve respostas, na maioria, pela utilidade, no total de cinco (5) para “bom” e as demais três (3) respostas como “Excelente” considerando extremamente úteis as ferramentas ágeis propostas. Não se obteve qualquer resposta negando a utilidade das ferramentas aplicadas, nem mesmo resposta considerando a aplicação como muito úteis (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Avaliação do uso das ferramentas ágeis no processo trabalho



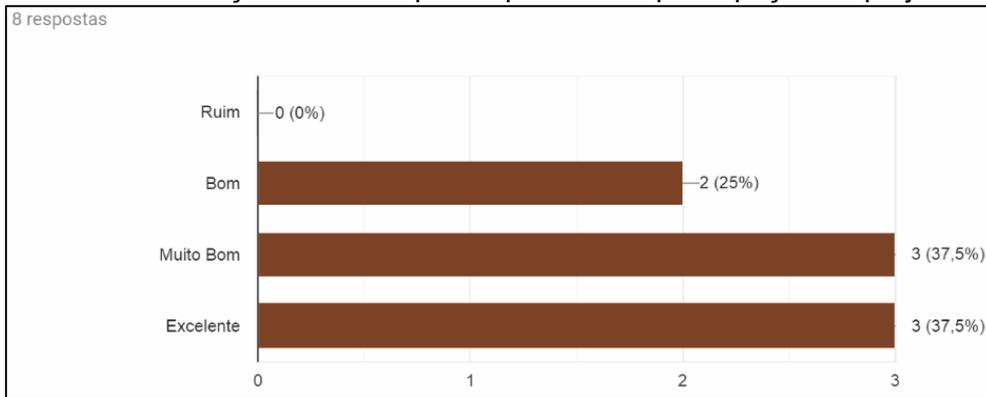
Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Questão 2. Como você se sentiu fazendo parte de um processo de planejamento e execução de projeto de gerenciamento de filas de espera?

Nessa questão, estabeleceu-se que as respostas teriam as variantes de “Ruim”, quando o membro da equipe entendesse pela insatisfação no planejamento e execução de projeto de gerenciamento, passando por “bom”, o que se considerava por satisfeito, “muito bom” que se teria por muito satisfeito, até “Excelente”, que significava que o membro da equipe atingiu o nível mais elevado de satisfação no processo, aqui entendido como extremamente satisfeito.

Não havendo qualquer resposta pela insatisfação, os membros da equipe dividiram-se em grupos que entenderam por satisfeitos, no total de dois (2), muito satisfeitos no total de três (3) e os três (3) restantes como extremamente satisfeitos (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Avaliação do desempenho pessoal na participação do projeto



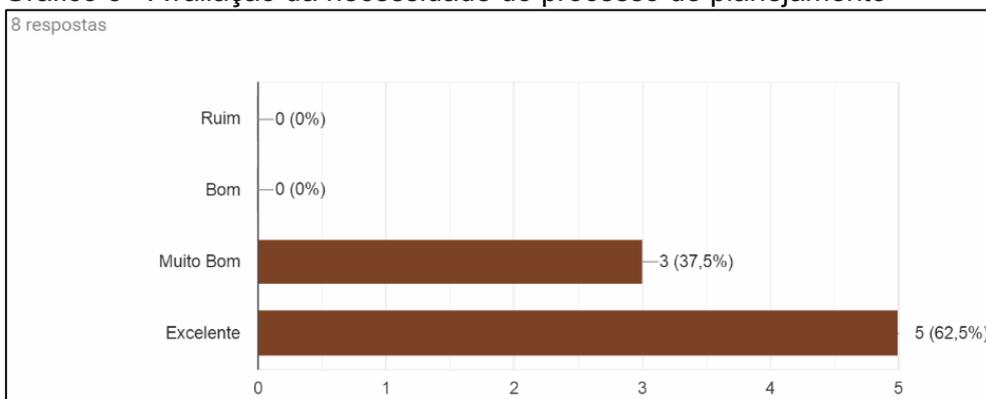
Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Questão 3. Você entende que é necessário o processo de planejamento dentro da equipe, para realização de projetos junto as atividades diárias?

Estabeleceu-se, com o presente questionamento, que as respostas teriam as variantes de “Ruim”, quando o membro da equipe entendesse pela ausência de necessidade de processos de planejamento dentro da equipe, passando por “bom”, o que se considerava pela necessidade, “muito bom” que se teria por muito necessário, até “Excelente”, que significava que o processo de planejamento seria extremamente necessário para a realização de projetos junto as atividades diárias.

Houve respostas, na maioria, pela extrema necessidade de processos de planejamento, no total de cinco (5) para “Excelente” e as demais três (3) respostas como “Muito bom” considerando, então, muito necessário. Não se obteve qualquer resposta negando a necessidade do processo de planejamento, nem mesmo resposta considerando apenas pela necessidade (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Avaliação da necessidade do processo de planejamento



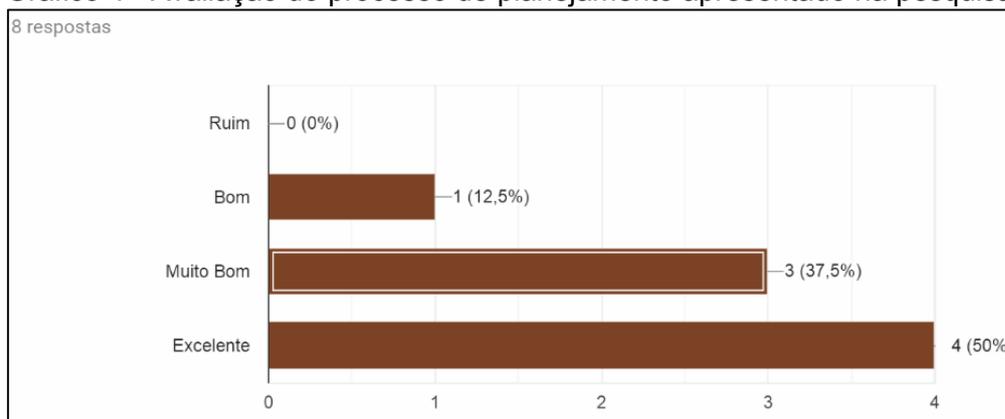
Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Questão 4. Como você avalia o processo de planejamento dentro da proposta apresentada nessa pesquisa de dissertação?

Nessa questão, estabeleceu-se que as respostas teriam as variantes de “Ruim”, quando o membro da equipe avaliou negativamente o processo de planejamento apresentados, passando por “bom”, o que se considerava por boa a avaliação, também podendo ser considerada como regular tal avaliação, “muito bom” que se teria por muito boa, até “Excelente”, que significava que o membro da equipe avaliou como ótimo o processo de planejamento apresentado da presente pesquisa.

Não havendo qualquer resposta pela insatisfação, os membros da equipe dividiram-se em grupos que entenderam pela avaliação boa, ou regular, no caso de um (1), muito boa no total de três (3) e os quatro (4) restantes tendo a avaliação do processo de planejamento proposto na presente pesquisa como ótimo (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Avaliação do processo de planejamento apresentado na pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

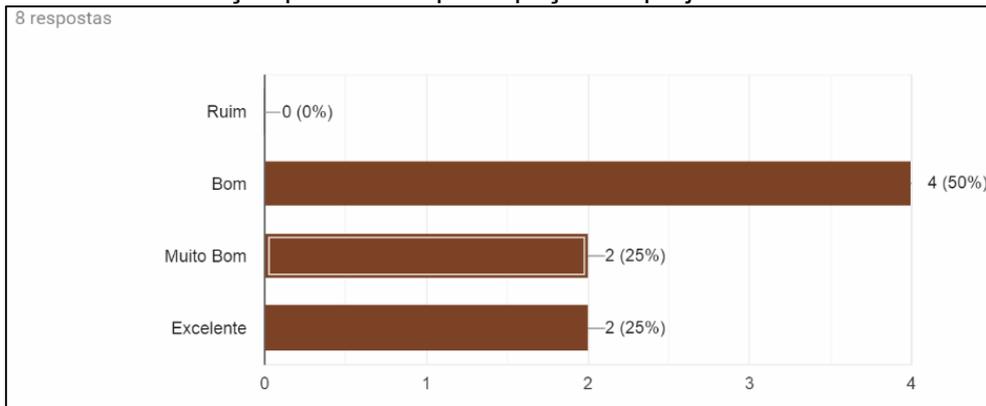
Questão 5. Como você avalia a sua participação na execução das atividades propostas nesse projeto de gerenciamento de filas de espera?

Antes dos questionamentos específicos sobre as duas ferramentas ágeis utilizadas na pesquisa, tratou-se de perguntar aos membros da equipe sobre a avaliação pessoal que cada um fazia de si, o que se estabeleceu que as respostas teriam as variantes de “Ruim”, quando o membro da equipe avaliou negativamente sua participação, estando então insatisfeito, passando por “bom”, o que se considerava por boa a avaliação, também podendo ser considerada como regular tal avaliação, “muito bom” que se teria por muito boa, até “Excelente”, que significava que

o membro da equipe avaliou como ótima a participação pessoal na execução das atividades propostas.

Não havendo qualquer resposta pela avaliação ruim, os membros da equipe dividiram-se em grupos, sendo o maior deles o que entendeu pela avaliação boa, ou regular, no caso de um (4), muito boa no total de dois (2) e os (2) restantes tendo a avaliado sua participação como Excelente (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Avaliação pessoal na participação do projeto

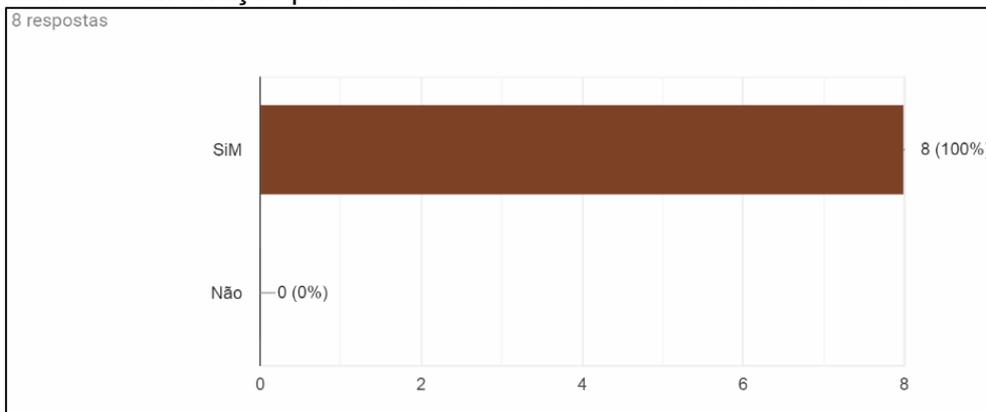


Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Questão 6. Como você se sente estimulado a continuar executando projetos com a ferramenta Scrum proposta? (Obs.: quadro grande da organização dos procedimentos).

No questionamento relativo à ferramenta Scrum, todos os membros da equipe indicaram que “SIM”, sentem-se estimulados a continuar executando projetos com tal ferramenta, totalizando como oito (8) a respostas positivas (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Motivação para continuidade de uso da ferramenta Scrum

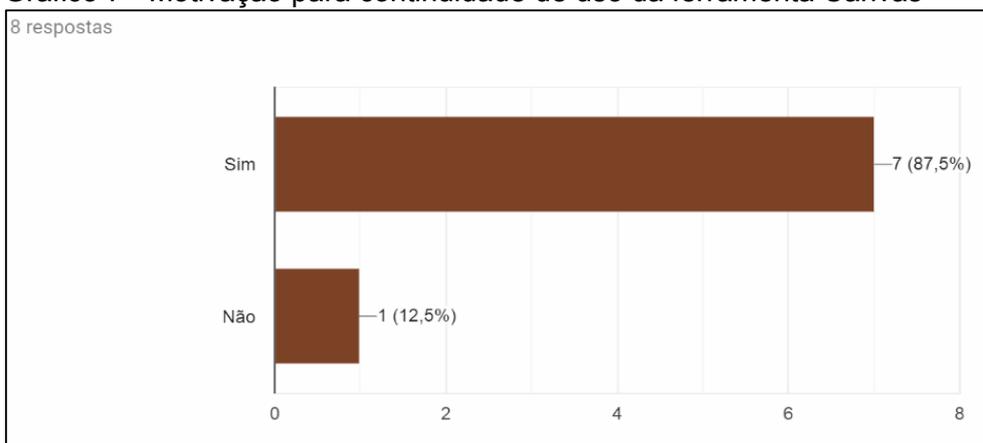


Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Questão 7. Você se sente estimulado a continuar realizando planejamentos com ferramenta ágil Canvas? (Obs.: quadro menor de planejamento).

No questionamento relativo à ferramenta Canvas, com exceção de uma (1) resposta negativa, os outros sete (7) membros da equipe indicaram que “SIM”, sentem-se estimulados a continuar executando projetos com tal ferramenta (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Motivação para continuidade de uso da ferramenta Canvas



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A utilidade das ferramentas ágeis no processo de trabalho foi considerada, pela maioria, abaixo da média de satisfação, questão “1”, em contraponto com o estímulo nas suas utilizações que, no caso da ferramenta Scrum obteve a unanimidade no estímulo em prosseguir com sua utilização, questão “6”, ao passo que na ferramenta Canvas apenas um dos respondentes indicou que não se sentia estimulado a prosseguir com sua utilização, conforme respostas à questão “7”.

Podemos identificar que o tempo de utilização das ferramentas pode alterar os resultados de percepção na utilidade, uma vez que a maioria esmagadora dos respondentes sentem-se estimulados em prosseguir com a utilização dos métodos ágeis, como foi constatado na questão “2”.

No que diz respeito ao sentimento em fazer parte do processo de planejamento, analisando-se as respostas à questão “2” vê-se que os respondentes dividiram-se em grupos com satisfação baixa, mediana e alta, sem que tenha havido

qualquer insatisfação. Em contraponto, com as respostas dadas à questão “3”, a maioria sente a necessidade de um processo de planejamento, para a realização de projetos junto às atividades diárias. Podemos perceber, então, que há um sentimento de necessidade de um processo de planejamento, mas nem todos os membros da equipe estão motivados a participar de tal processo de planejamento. O entendimento de que é necessário o processo de planejamento tem mais engajamento que eventual participação no processo em si.

De modo geral, a proposta apresentada de processo de planejamento foi bem recebida pela equipe, sendo que a unanimidade avaliou positivamente, nos termos das respostas dadas à questão “4”. Houve, contudo, uma divisão entre os membros da equipe no que diz respeito à avaliação pessoal da participação na execução das atividades, o que restou evidenciado nas respostas À questão “5”. Voltando nos primeiros questionamentos, podemos perceber que o sentimento pessoal em fazer parte do processo não necessariamente se traduz em satisfação com o desempenho na execução das atividades.

As ferramentas, como já dito, tiveram a aceitação da unanimidade no caso do método Scrum e da maioria absoluta no caso do método Canvas. Considerando que não tivemos qualquer resultado de insatisfação na utilização das ferramentas, necessidade das mesmas no processo de planejamento, na participação da equipe e, quase que por unanimidade, houve aprovação na utilização das ferramentas utilizadas, podemos concluir como muito boa a utilização dos métodos ágeis apresentados à equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo avaliar a aplicação de ferramenta ágil na gestão dos acessos aos serviços de saúde em uma Central de Regulação Ambulatorial, que são realizados por equipe composta por oito (8) profissionais, através do sistema *web* fechado de regulação. As ferramentas aplicadas foram uma adaptação do método SCRUM e o método PM CANVAS.

De início, já restou constatada a inexistência da aplicação de ferramentas ágeis nos processos de trabalho da equipe, bem como, constatou-se a inexistência da aplicação de modo geral, nas equipes que utilizam os sistemas disponibilizados pelo SUS.

Apesar das normas atinentes à Saúde Pública brasileira deixarem em aberto que novas práticas podem ser utilizadas, ressalvadas a supressão de eventuais falhas nos novos procedimentos, verificou-se a inexistência de incentivos ou ensinamentos na busca dessas novas práticas através da aplicação de ferramentas ágeis nos processos de trabalho das equipes vinculadas aos sistemas que são disponibilizados.

Na lógica inicial pensada para o presente trabalho, pensou-se em aplicar inicialmente o método CANVAS, que tem vinculação ao gerenciamento de projetos para, então, aplicação do método SCRUM que tem a ver com gestão de projetos com exposição de tarefas e informações. Nesse ponto, o primeiro desafio já ficou claro: a equipe não conseguia absorver a aplicação do método CANVAS sem que visualizasse todos os procedimentos utilizados no sistema. Como o método SCRUM propõe a organização das tarefas pelos verbos realizar, realizando e realizado, para melhor compreensão da equipe, alterou-se a ordem de aplicação.

A alteração da lógica inicial pensada foi importante para afastar o isolamento dos profissionais da equipe, que gerava a pouca comunicação. Porque, apesar do conhecimento das tarefas dos demais membros da equipe, como restou identificado, cada profissional agia isoladamente. Nesse ponto, foram estabelecidos procedimentos principais e incluídos de forma visual no painel do projeto adaptado do SCRUM.

No simples fato de todos participarem da inclusão dos dados dos procedimentos de forma visual, já se constatou a saída do isolamento, uma vez que os profissionais já começaram a interagir com os demais, demonstrando seus conhecimentos pessoais sobre o sistema e as informações dos instrumentos do SUS

que formam todo o processo. Inclusive, houve uma percepção de que cada um teria mais conhecimento específico sobre suas funções do que pensavam ter.

Havia uma percepção de atividades que estavam sendo realizadas e as que precisavam ser construídas, o que juntos foram propostas a construção e dinâmicas para a execução. Percebiam seus conhecimentos compartilhados e o quanto eram importantes. Essa interação não ficou apenas no setor que realizava o projeto, mas era difundida às demais Equipes da Secretaria. A interação foi além, então, contagiando os que presenciaram a realização do projeto e recebiam o compartilhamento das atividades desenvolvidas. Essas informações foram correlacionadas com outros setores. Visitantes e pacientes que passavam pelo setor, ao verem a representação visual da aplicação da ferramenta ágil, questionavam sobre a sua finalidade, fazendo com os profissionais interagissem mais ainda, agora, com terceiros.

Saindo da esfera do isolamento das tarefas e informações sobre as mesmas, automaticamente, constatou-se a melhor articulação entre os membros da equipe. Métodos e informações pessoais sobre os processos realizados, seja do membro seja do colega, eram difundidos entre todos.

Ocorreu que, quando já se com uma melhor articulação das tarefas, ideias e procedimentos entre os membros da equipe, houve certa acomodação, a ponto de não se ter mais avanço da realização do processo. A autogestão estava perdendo força. Nesse momento, viu-se necessária a aplicação do método CANVAS, a fim de disciplinar o planejamento do gerenciamento do projeto que já estava em curso.

A Linha do Tempo para cada Grupo de Entrega fez retomar o “gás” nos membros da equipe, com foco no projeto em si. A acomodação no patamar de descoberta maior dos conhecimentos pessoais e sua divulgação aos demais membros, nesse ponto, com a utilização do método CANVAS deu lugar a uma nova etapa, com renovação do interesse dos profissionais, em razão da necessidade de entrega de algo mais concreto, com objetivo, sua justificativa e um prazo definido para os resultados.

A utilização de um sistema fechado, no caso do presente trabalho, deu lugar a uma equipe de “tarefeiros”, porque não se vislumbrava a possibilidade de gerenciamento dos processos de trabalho pela própria equipe. A aplicação das ferramentas ágeis de gestão deu lugar a um nivelamento de conhecimentos,

ampliando-se os conhecimentos explícitos, que antes eram em sua grande maioria conhecimentos tácitos.

Pelo que respondido pelos profissionais, fica evidente a percepção da diferenciação do antes e depois da aplicação das ferramentas ágeis, inclusive, com a quase unanimidade no sentido de utilizá-las, novamente, na gestão dos processos.

Por fim, ponto a ser destacado diz respeito à necessidade de aplicação tanto da ferramenta SCRUM, que tem foco no processo de trabalho, quanto da ferramenta CANVAS, cujo foco é no gerenciamento das atividades daqueles que envolvidos no projeto.

Como proposta para trabalhos futuros, no ambiente do SUS, pelas características dos serviços prestados e a constante necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas, a aplicação de outras metodologias de gestão de projetos e ou ferramentas de gestão ágeis (frameworks) nos mesmos procedimentos poderá trazer melhorias para todo o sistema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lourdes; LUIZ, Viviane Rocha de. A Gestão do Sus. **Para entender a Gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2015, 133 p. ISBN 978-85-8071-027-4 Sistema de Saúde I Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2019

ANDERSON, D. J., **Agile Management for Software Engineering**, Applying the Theory of Constraints for Business Results, Prentice Hall, 2003.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de (ed.). **Painel de indicadores do SUS: Temático Regionalização da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, n. 8, v. 5, 2013, 77 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_regionalizacao_saude_v_5_n_8.pdf. Acesso em: 26 ago. 2019.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; CARVALHO, André Bonifácio; SAMPAIO, Mônica; SANTOS, Lenir (coord.). **Contrato Organizativo da Ação pública da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa – SGEPE. Comitê gestor do decreto 7508 – GE COAP, 5011, 50 p.

BECK, Kent et al. **Manifesto Ágil**. 2001. Disponível em: <http://agilemanifesto.org/>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BOEHM, B. and Turner, R., **Balancing Agility and Discipline A Guide for the Perplexed**, Addison-Wesley, 2003.

BOEHM, B., **A View of 20th and 21st Century Software Engineering**, ICSE 2006. 4.

BRASIL. A Constituição Federal. **Portal Oficial da Presidência da República do Brasil**. Brasília, DF, [2019]. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/mandatomicheltemer/conheca-a-presidencia/acervo/constituicao-federal>. Acesso em: 23 ago. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 23 ago. 2019

BRASIL. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta estabelecimento. **Portal do Governo Brasileiro**. Brasília, DF, [20--]: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=CENTRAL%20DE%20REGULACAO>. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Tabnet. **Portal do Governo Brasileiro**. Brasília, DF, [2019]: Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabsc.def>. Acesso em: 08 mar. 2019

BRASIL, **Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm. Acesso em 20 ago. 2019.

BRASIL, **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 02 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão do Sus. **Portal do Governo Brasileiro**. Brasília, DF, [20--]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus>. Acesso em: 08 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Portal do Governo Brasileiro**. Brasília, DF, [20--]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 08 mar. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza, et. al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo. Cortez Editora, jan. 2006. 408 p

CARVALHO, G. A Saúde Pública do Brasil. **Revista Estudos Avançados**. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, jan. 2013. [Online]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/68675>. Acesso em: 26 ago. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 3, 1963, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Niterói: Secretaria Municipal de Saúde, 1992. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf. Acesso em: 26 ago. 2019.

CRUZ, Fábio. **Scrum e PMBOK: Unidos no Gerenciamento de Projetos**. São Paulo: Brasport, 2013. 416 p.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. **O delineamento da pesquisa qualitativa**. In: POUPART, Jean (et. al.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2ª Ed., Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010, p. 127-153 (Coleção Sociologia).

DUARTE, Ligia Schiavon et al. **Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise.** Saúde soc. [online]. 2015, vol.24, n.2, pp.472-485. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>.

ESQUIERRO, José Carlos; VALLE, André Bittencourt do; SOARES, Carlos Alberto Pereira; VIVAS, Dácio Castro. (2014). Implementation of a Project Management Office in a Public Sector Organization: a case study involving a sanitation institution. **International Review of Management and Marketing**. Mersin, 2014, v4, n 1, p 1-12, 2014. ISSN: 2146-4405. Disponível em: <https://www.econjournals.com/index.php/irmm/article/view/617/pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

EVANGELISTA, Maria José (coord.). A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde Brasil. **Para entender a Gestão do SUS.** Brasília, DF: CONASS, 2015. 127 p. ISBN 978-85-8071-024-3 Sistema de Saúde I.

FERREIRA, Tcharlye Guedes. Hierarquia das Leis. **Tcharlye Guedes Advogados.** [Belo Horizonte, 20--]. [Online]. Disponível em: <http://www.veredictum.com.br/materias/direito-geral/hierarquia-das-leis.html>. Acesso em: 08 mar. 2019.

FINKELMAN, Jacobo. (org.). **Caminhos da saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 328p. [Online]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=drcXBAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=true>. Acesso em: 30 ago. 2019.

FINOCCHIO JR, J. **Project Model Canvas: Gerenciamento de Projetos sem burocracia.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

GIANNOTTI, Elaine Maria; FONSECA, Fábio Campelo Santos; PANITZ, Leandro Manassi (org.). **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Cidade Gráfica e Editora Ltda., 2015. 166 p. [online]. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. 2013. Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde. Directions in Development--Human Development; Washington, DC: World Bank. © World Bank. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15801>. License: CC BY 3.0 IGO. Acesso em: 08 mar. 2019.

HELDMAN, Kim. **Gerência de Projetos: guia para o exame oficial do PMI.** Tradução de Luciana do Amaral Teixeira. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=4BmBNJwYzAYC&oi=fnd&pg=PR21&dq=LIVRO+HELDMAN+PDF&ots=SdaslbQTc8&sig=4e2XgUWU2dm0W7YhydUNzUCj2os#v=onepage&q&f=false>

HIGHSMITH, J., **Agile Project Management**, Creating innovative products, Addison-Wesley, 2004.

IBGE. Estatísticas. **Brasil/Santa Catarina/Araranguá-SC. Portal do Governo Brasileiro**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/ararangua/panorama>. Acesso em: 26 jun. 2019.

KALLÁS, D. (2012). **Inovação em modelo de negócios**: forma e conteúdo. RAE (Impresso), v. 52, p. 704-705.

LIMA, Areta Cristina; JANUÁRIO, Michele Cássia; LIMA, Pedro Thiago; SILVA, Walcyr de Moura e. DATASUS: O Uso Dos Sistemas De Informação Na Saúde Pública. **Refas - Revista Fatec Zona Sul**. São Paulo, v. 1, n. 3, jun. 2015. [Online]. Disponível em: <http://www.revistarefas.com.br/index.php/RevFATECZS/article/view/27>. Acesso em: 27 ago. 2019

LIRA, Antonio Carlos Onofre de (coord). **Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 1 ed. v. 6, 2006. [Online]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>. Acesso em: 06 set. 2019.

MASCARENHAS, Gisela da Costa (coord.). **Manual de Planejamento do SUS**. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 4, 2016, 138 p. Série Articulação Interfederativa.

MAZZA, Alexandre. **Manual de Direito Administrativo**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

MENDES, Áquilas Nogueira; HIRANO, Edna Miyuki (Coords.). **Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. 2016, 227 p.

MENDONÇA, Claunara Schilling; REIS, Afonso Teixeira dos; MORAES, José Carlos de (org.). **A política de regulação do Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006, 116 p. ISBN: 85-87943-61-8 (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil); DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Ciclo de oficinas regionais de regulação, avaliação e controle do sus**. Brasília, DF, [2017]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/21/Regula----o-em-Sa--de.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019, il color.

MUDANÇAS no Financiamento da Saúde Confederação Nacional de Municípios. Brasília, DF. **Confederação Nacional de Municípios - CNM**. Núcleo de

Desenvolvimento Social. Área Técnica da Saúde, 2018, 40 p. ISBN 978-85-8418-107-0.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. (2011). **Business Model Generation**. Inovação em Modelos de Negócios. Rio de Janeiro: Alta Books.

PAULO, Luiz Fernando Arantes. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. **Physis [Online]**. 2016, vol.26, n.3, pp.981-1007. ISSN 1809-4481. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300014>. Acesso em: 02 set. 2019

PDTI – Plano Diretor de Tecnologia da Informação 2016. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. 2016, 74 p. ISBN 978-85-334-2381-7.

PEREIRA, Paulo; TORREÃO, Paula; MARÇAL, Ana Sofia. Entendendo Scrum para Gerenciar Projetos de Forma Ágil. **Revista Mundo PM**, 2007.11 p

PINEAULT, Raynald. **Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão**. Brasília, DF. Conselho nacional de secretários de saúde - CONASS: LEIASS, 1 ed, v. 2, 2016, 171 p.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013. 276 p. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2019.

PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE (ed.). **Um Guia do Conhecimento em Gerenciamento de Projetos (Guia PMBOK)**. Newtown Square, PA: Project Management Institute, 2017. 6 ed. Disponível em: <https://dicasliderancagp.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Guia-PMBOK-6%C2%AA-Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2019. (Série: Guia PMBOK)

ROCHA, Maria da Conceição de Souza; JUNQUEIRA, Mauro Guimarães Junqueira; PINHEIRO, Roseni. **Manual do(a) gestor(a) Municipal do SUS: Diálogos no Cotidiano**. Brasília, DF: CEPESC. IMS. UERJ, 1 ed., 2016, 324p. ISBN 978-85-9536-000-6

RODRIGUES, Bichat de Almeida; ALVES, Amaro Luiz. **Evolução Institucional da Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1979. [Online]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_06.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.

ROMERO, Luiz Carlos. O Sistema Único de Saúde – Um capítulo à parte. *In*: Constituição de 1988: O Brasil 20 anos depois. Os Cidadãos na Carta Cidadã. **Senado Federal**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.->

os-cidadãos-na-carta-cidadã/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte/view. Acesso em: 26 ago. 2019.

SANTA CATARINA, **Lei Nº 17.066, de 11 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas (discriminadas por especialidade), exames e intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos estabelecimentos da rede pública de saúde do Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Assembleia Legislativa. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17066_2017_lei.html. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação 047/CIB/2016**. Retificada em 28 de novembro de 2018. Aprova as Diretrizes para operacionalização das Centrais de Regulação Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina. As diretrizes deverão ser utilizadas por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais implantadas no Estado de Santa Catarina a partir da data. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/deliberacoes-portarias/deliberacoes-regulacao-2016/12905-deliberao-n-47-cib-16-diretrizes-para-operacionalizacao-das-centrais-de-regulao-ambulatoriais/file>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Toledo (org.). Coletânea Direito à Saúde: Institucionalização. Brasília, DF: CONASS, 2018, v. 1, 320 p. ISBN 978-85-8071-047-2

SCHWABER, K.; BEEDLE, M. **Agile Software Development with Scrum**. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 2002. ISBN: 0130676349.

SCHWABER, K. **Agile Project Management With Scrum**. Microsoft Press Redmond, Washington, USA: ©2004. ISBN: 0-7356-1993-X

SILVA, Edna Lucia; MENEZES, MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4 ed. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf. Acesso em: 29 ago. 2019

SILVA, Jurandi Frutuoso; SCOTTI, Ricardo F; SANTOS, René; DOURADO, Eliana. **Conass 25 anos [Online]**. 1 ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2007. 156 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-25-anos.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

TERRAZAR, Fernanda; PEREIRA, Blenda (Coord. e Org.). **Lei complementar 141: Guia prático para a Gestão Municipal**. Brasília, DF: Athalaia Gráfica, 2015, 76 p.

VERZUH, Eric. **MBA compacto, gestão de projetos** - tradução de André de L. Cardoso. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000, 398 p.

VIACAIA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; LAGUARDIA, Josué; BELLIDO, Jaime Gregório. SUS: oferta, acesso e

utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva** [Online]. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 08 mar. 2019.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & saúde coletiva** [Online]. vol.14, suppl.1, pp.1565-1577, 2009. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. **Comunicação em ciências da saúde**. v. 21, n. 1, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2010Vol21_1art10regulacao.pdf. Acesso em: 06 set. 2019.

APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa

Instrumento de Pesquisa

30/08/2019

Avaliação da Equipe

[SOLICITAR ACESSO PARA EDIÇÃO](#)

Avaliação da Equipe

"Um projeto é basicamente um modo de trabalho, um modo de organizar pessoas e um modo de gerenciar atividades. É um estilo de coordenação e gestão de trabalho." (Newton Richard, tradução de Daniel Vieira, 2011).

***Obrigatório**

1. As ferramentas ágeis foram úteis no processo de trabalho? (Obs.: as ferramentas são os quadros utilizados). Marque a opção que melhor representa sua resposta. *

- Ruim
- Bom
- Muito Bom
- Excelente

2. Como você se sentiu fazendo parte de um processo de planejamento e execução de projeto de gerenciamento de filas de espera? Marque a opção que melhor representa sua resposta. *

- Ruim
- Bom
- Muito Bom
- Excelente

30/08/2019

Avaliação da Equipe

3. Você entende que é necessário o processo de planejamento dentro da equipe, para realização de projetos junto as atividades diárias? Marque a opção que melhor representa sua resposta. *

- Ruim
- Bom
- Muito Bom
- Excelente

4. Como você avalia o processo de planejamento dentro da proposta apresentada nessa pesquisa de dissertação? Marque a opção que melhor representa sua resposta. *

- Ruim
- Bom
- Muito Bom
- Excelente

5. Como você avalia a sua participação na execução das atividades propostas nesse projeto de gerenciamento de filas de espera? Marque a opção que melhor representa sua resposta. *

- Ruim
- Bom
- Muito Bom
- Excelente



30/08/2019

Avaliação da Equipe

6. Você se sente estimulado a continuar executando projetos com a ferramenta Scrum proposta? (Obs.: quadro grande da organização dos procedimentos) *

 SIM NÃO

7. Você se sente estimulado a continuar realizando planejamentos com ferramenta ágil Canvas? (Obs.: quadro menor de planejamento) *

 Sim Não

Obrigada por sua participação. 

Enfermeira Lilian Venâncio Nolla da Silva

ENVIAR

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#)

Google Formulários

