

A GESTÃO DA INFORMAÇÃO, DO REGISTRO AO INDICADOR, NA SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ANÁPOLIS/GO.

THE INFORMATION MANAGEMENT, FROM THE DATA COLLECTION TO THE INDICATOR, AT THE ANÁPOLIS/GO FAMILY HEALTH STRATEGY ORAL HEALTH.

CARVALHO, Cibele de Paiva Menezes¹
PUCCA JÚNIOR, Gilberto Alfredo²

1- Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília-UnB e Auditora da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/Goiás/Brasil. Endereço: Rua Professor Roberto Mange, 152, Vila Santana, Anápolis/GO. Contato: carvalhocib@gmail.com

2 - Universidade de Brasília-UnB/Faculdade de Ciências da Saúde/Saúde Coletiva/DF-Brasil. Endereço: Campus Darcy Ribeiro, s/n, Asa Norte, Brasília/DF.

RESUMO

Introdução/Objetivos: A pesquisa apresenta como a Gestão da Informação (GI) é desenvolvida e qual a influência desta nas tomadas de decisão, relativas ao Planejamento Estratégico das ações e serviços a serem realizados, da Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Anápolis/GO. **Metodologia:** Para atingir tal objetivo foram analisados os seguintes processos: a coleta de dados pelos Cirurgiões-Dentistas, o processamento dos dados pelo Setor de Informação para a Atenção Básica (SISAB), e a formação e utilização dos indicadores pelos gestores. A investigação foi conduzida por meio de entrevistas à profissionais da assistência, da Tecnologia da Informação e da Coordenação da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO; roteiros semiestruturados foram usados como instrumento de coleta de dados e a Análise de Conteúdo de Bardin¹ como técnica de interpretação dos dados coletados. **Resultados:** Os resultados puderam identificar que a Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO não possui um processo institucionalizado de formação de indicadores de saúde, sendo que a maioria dos dados tem apenas função burocrática e financeira. **Conclusões:** Conseqüentemente, as decisões da gestão são automáticas e sem embasamento estatístico ou científico. Além disso, revelou-se a dualidade de sentimentos que é trabalhar na saúde pública brasileira, uma mistura de prazer e sofrimento. Outros estudos são necessários para acompanhar a mudança imposta pelo “Previne Brasil”, já que a formação de indicadores de saúde passa a ser obrigatória para o recebimento de recursos financeiros.

Palavras chaves: Gestão da Informação; Saúde Bucal; Planejamento Estratégico; Indicador.

ABSTRACT

Introduction/Objectives: The research presents how the Information Management (IM) is developed and its influence on the Anápolis/GO Family Health Strategy (FHS) Oral Health decisions making related to Strategic Planning. **Methodology:** To achieve this objective, it analyzed the following processes: the Dental Surgeons data collection, the data processing by the Primary Care Information Sector (SISAB), and the indicators formation and use by the managers. The investigation was conducted through interviews with Anápolis/GO FHS Oral Health care, information technology and coordination professionals; semi-structured questionnaires were used as data collection instrument and Bardin¹. Content Analysis as collect data interpretation technique. **Results:** The results were able to identify that the Anápolis/GO FHS Oral Health does not have a health indicators formation institutionalized process and most of the data has only bureaucratic and financial function. **Conclusions:** Consequently, management decisions are automatic and without statistical or scientific basis. In addition, it was revealed the dual feeling While Working in Brazilian public health, a suffering and pleasure mixture. Further studies are needed to monitor the change imposed by “Previne Brasil”, since the health indicators formation becomes mandatory for the financial resources receiving.

Keywords: Information Management; Oral Health; Strategic Planning; Indicator.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 positiva o direito à saúde por todos e o torna dever do Estado, através do acesso universal e igualitário a ações e serviços que garantam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde². Visando atender tal dispositivo constitucional, estabelece-se a constante necessidade de aprimoramento da gestão e da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.³

A administração pública almeja, dentre outros objetivos que caracterizam o exercício da governança, a aplicação eficiente dos recursos públicos recebidos pelo setor de saúde, que está entre os principais setores receptores de recursos. Com isso, a efetividade dos serviços e políticas

públicas de saúde são alcançadas, o agravo da desigualdade social é evitado com a maximização dos valores sociais, e melhora-se a qualidade de vida para sua população ao se atingir os objetivos produtivos^{4,5}.

O cenário descrito caracteriza o grande desafio dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, prestar serviços de saúde de qualidade e pautados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, considerando os recursos financeiros limitados que são disponibilizados para a saúde no Brasil³.

Nesse contexto, o planejamento e o monitoramento constantes dos serviços de saúde ofertados fazem-se necessários para que haja detecção e correção de distorções³. Nirazawa et al⁶ reforçam tal imposição ao relatar que “sob o ponto de vista da administração pública, o monitoramento de dados é importante e necessário para acompanhar o progresso das ações, melhorar a transparência na prestação de contas e demonstrar os impactos das ações”.

Com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 96), os municípios brasileiros passaram do papel de mero coletores de dados ao papel de responsáveis pelas tomadas de decisões na implementação da política de saúde. As informações que antes eram subutilizadas pelos gestores municipais, agora precisavam ser confiáveis e disponíveis de maneira célere para subsidiar o planejamento estratégico dos municípios^{7,8}.

Portanto, surge a necessidade da presença da Gestão da Informação (GI) na área da saúde, ao passo que ela possibilita aos gestores a agregação de valor à informação para que ela funcione como apoio do planejamento estratégico, maximizando a qualidade do processo decisório. Já que, quando os dados coletados são relacionados entre si e passam a formar indicadores, tornam-se instrumentos úteis para a tomada de decisão⁹.

Os gestores municipais precisam tomar a GI como ferramenta de gestão imprescindível, realizando acompanhamento rotineiro das informações relevantes através de monitoramento sistemático e contínuo, que verifica a existência de mudanças e inclui temporalidade para a coleta de dados e

sistematização de indicadores de saúde. Tudo isso para a obtenção de informações em tempo oportuno e que subsidiem a tomada de decisões^{10,11,12,13}.

A informação torna a gestão dinâmica ao possibilitar o monitoramento financeiro e administrativo das políticas públicas em saúde, ao mesmo tempo que identifica problemas individuais e coletivos do quadro sanitário da população, tornando-se ferramenta na efetividade dos princípios constitucionais e legais na área da saúde¹⁴.

Dados de qualidade indicam a real situação da saúde da população, revelando decisões assertivas e prioridades de investimentos equivocadas. Além disso, subsidiam os esforços para a mitigação das desigualdades em saúde e para a maximização do acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados¹⁴.

Porém, percebe-se que há pouca utilização das ferramentas informacionais por parte dos gestores municipais. Dentre os fatores que contribuem para tal situação tem-se o fato de que a gestão em saúde se dá por uma lógica fragmentada e vertical, com pouca sintonia à diversidade do quadro da saúde da população brasileira, decorrente de instrumentos normativos e técnicos, orientadores da gestão local, insuficientes para que se atinja o modelo descentralizado do SUS esperado^{13,15}.

Os municípios operacionalizam políticas de saúde concebidas na União ou nos Estados, portanto, as informações internas são utilizadas somente para fins burocráticos e financeiros^{13,15}.

O fato é que em boa parte dos municípios brasileiros os sistemas de informação são subutilizados no processo organizacional das ações e serviços de saúde, já que eles cumprem atribuição delegada por outras esferas do governo. Além disso, há a geração insuficiente de informação, a falta de intimidade com o Sistema de Informação em Saúde (SIS) e a adoção de decisões automáticas, pouco pensadas¹⁵.

O SIS permite que os gestores da saúde controlem as ações e serviços prestados por meio de indicadores locais, ao constituir mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação, facilitando, assim, a formulação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde¹⁶.

O município de Anápolis em Goiás chamou a atenção do Brasil ao se destacar quanto ao planejamento da saúde bucal e ser premiado por três anos consecutivos, 2011 a 2013, com o Brasil Sorridente, estando a frente das outras cidades goianas e entre os três melhores municípios brasileiros com população acima de 300 mil habitantes. Ele foi pioneiro no atendimento odontológico domiciliar e conta também com atendimento na zona rural, programas de saúde bucal copiados e implantados até por outros países da América Latina¹⁷.

Toda a reestruturação da saúde bucal de Anápolis, aumentando o quantitativo de profissionais e equipamentos, perpassou por alto investimento público e planejamento para atingir tal destaque nacional. Porém, outro fator que chama a atenção é o fato de que os profissionais da saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, desde sua implantação em 2001, são contratados por meio de processo de credenciamento para prestação de serviços, sem qualquer direito trabalhista garantido. Juridicamente eles não são servidores do município e sim licitantes já que a relação dos profissionais de saúde com a prefeitura é regida pela Lei nº 8.666/93, não gerando nenhum vínculo empregatício¹⁸.

Dessa forma, o pesquisador estuda o planejamento estratégico da saúde bucal da ESF de Anápolis para esclarecer como a tomada de decisão é realizada e qual o posicionamento da GI no processo gerencial, para que se alcance destaque nacional mesmo com vínculos empregatícios precários.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva onde os fatos foram observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, através de técnicas padronizadas de coleta de dados – entrevista com roteiro semiestruturado¹⁹; de abordagem qualitativa, já que a relação entre os objetivos e os resultados não podem ser interpretados por meio de números²⁰.

O trabalho teve ênfase no processo de formação e utilização da informação na saúde, tendo como participantes do estudo os profissionais da assistência da saúde bucal (Cirurgiões-Dentistas), profissionais do Sistema de Informação para Atenção Básica (SISAB) e gestores da Saúde Bucal, todos da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO (SEMUSA).

A Saúde Bucal da ESF do município de Anápolis/Goiás, atualmente, conta com 73 equipes na assistência, em funcionamento, distribuídas em 46 unidades de saúde da família. O SISAB e os gestores estão localizados no prédio da SEMUSA, sendo que o primeiro conta com um coordenador e seis técnicos em informática e a coordenação da Saúde Bucal conta com duas secretárias, a coordenadora e a vice-coordenadora.

Participaram das entrevistas profissionais atuantes na SEMUSA e, também, os que não atuam mais, nos três eixos seguintes: profissionais da assistência (Cirurgiões-Dentistas) da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO, profissionais do SISAB da SEMUSA e gestores da Saúde Bucal da SEMUSA. Profissionais que, por algum motivo, estavam em período de licença, atestado médico ou férias durante a realização das entrevistas foram excluídos da pesquisa.

A pesquisa realizou vinte e uma (21) entrevistas, entre abril e maio de 2020, distribuídas entre as três categorias de profissionais supracitadas. Todos os entrevistados foram informados do total sigilo nominal em relação às informações repassadas durante os encontros, o que sanaria a possível dificuldade de adesão do profissional convidado à entrevista.

Para a realização do estudo foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista com Roteiro Semiestruturado, a fim de se conseguir maior flexibilidade na obtenção de dados que não estejam pré-estabelecidos no roteiro, assim como experiências e percepções pessoais. Cada categoria de profissionais entrevistada teve um roteiro previamente estruturado que serviu de guia no questionamento do processo ao qual ela está inserida.

Sendo que o roteiro destinado aos profissionais da assistência da saúde bucal (Cirurgiões-Dentistas) aborda o processo de captação dos dados por meio dos registros realizados, ou seja, os instrumentos de coleta de dados utilizados, a informatização do processo e as capacitações realizadas. Já o roteiro designado aos profissionais do Sistema de Informação para Atenção Básica (SISAB) se concentra no processo de reunião e tabulação desses dados, e o roteiro dos gestores da Saúde Bucal aborda o processo de desenvolvimento e utilização dos indicadores formados a partir dos dados coletados.

O tratamento e a análise dos dados coletados durante as entrevistas foram realizados através da Análise de Conteúdo (AC) de Bardin¹ pela técnica de Análise Temática de Conteúdo.

RESULTADOS

A análise interpretativa, com base no referencial teórico-conceitual da Gestão da Informação (GI) no SUS, pela técnica de AC de Bardin¹, levou a formação de quatro categorias temáticas (CT): o processo de geração de dados (registros) realizado pelos profissionais da assistência (Cirurgiões-Dentistas) da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO (CT1), o processamento dos dados coletados pelos profissionais do SISAB da SEMUSA (CT2), a produção e utilização de indicadores pelos gestores da Saúde Bucal da SEMUSA (CT3) e a importância que a Saúde Bucal da SEMUSA atribui à GI (CT4).

Cabe destacar que foram convidados trinta (30) profissionais, sendo dez (10) em cada eixo profissional (Cirurgiões-Dentistas, SISAB e Gestão), porém somente cinco (05) profissionais do SISAB e cinco (05) gestores aceitaram participar da pesquisa. Já no eixo da assistência (Cirurgiões-Dentistas) foram realizadas onze (11) entrevistas, chegando a um total de vinte e uma (21) entrevistas efetuadas.

CT1: Processo de geração dos dados através dos registros realizados pelos Cirurgiões-Dentistas.

Para a formação dessa categoria temática principal, foram utilizadas três categorias intermediárias: Instrumentos de Coleta de Dados, Capacitações e Informatização. Sendo que a categoria intermediária nomeada de Instrumentos de coleta de dados foi formada por três categorias iniciais, a saber Ficha D, Prontuário Eletrônico (PE) e e-SUS.

O quadro 1 demonstra o número absoluto de respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas em relação a cada categoria desenhada, ou seja, o quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT1.

Quadro 1: Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT1, sendo que unidade de análise representa cada expressão ou resposta obtida durante as entrevistas.

Categorias intermediárias	Categorias iniciais	Nº. de unidades de análise
Instrumentos de Coleta de Dados	Ficha D	Oito (08)
	PE	Cinquenta e quatro (54)
	e-SUS	Trinta e sete (37)
Capacitações		Trinta e oito (38)
Informatização		Vinte e oito (28)

Ao traçar um comparativo quantitativo dos comentários captados categorizados como Instrumento de Coleta de Dados, a categoria inicial Ficha D recebeu apenas 8% do total de unidades de análise obtidas dentro dessa categoria intermediária, seguida pela categoria inicial e-SUS com 37% e pela PE com 55%. Essa comparação percentual chama a atenção ao evidenciar a discrepância entre as categorias iniciais que integram os instrumentos de coleta de dados utilizados no decorrer da evolução do processo de GI da ESF.

Outro fator de destaque é a relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável de cada categoria inicial que formam a categoria intermediária Instrumentos de Coletas de Dados. Das poucas unidades de análise obtidas dentro da categoria inicial Ficha D, 8% do total da categoria intermediária, a maioria (62%) tinha contexto desfavorável. Cenário semelhante encontrado na categoria inicial PE, onde a maioria (61%) também obteve contexto desfavorável. Porém, a categoria inicial e-SUS registra outro padrão na medida em que recebe a maioria expressa (86%) das unidades de análise com contexto favorável.

Já na categoria intermediária Capacitações, nota-se a expressividade de unidades de análise com contexto desfavorável, 82% do total de respostas. Vale ressaltar que os questionamentos foram direcionados para capacitações realizadas dentro da educação permanente dos profissionais da assistência e do SISAB, principalmente no que tange à mudança dos instrumentos de coleta de dados, ao curso introdutório da ESF e a questão da informatização das unidades de saúde do município.

Quase a mesma expressividade do contexto desfavorável das respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas, 71% do total, é encontrada na categoria intermediária denominada de Informatização. Nessa categoria os questionamentos estavam voltados para as vantagens ou desvantagens dos processos informatizados dentro da rotina de trabalho dos profissionais da ESF, sejam da assistência, do SISAB ou da gestão da saúde bucal.

CT2: Processo de coleta e processamento dos dados realizados pelo SISAB.

Para a formação dessa categoria temática principal, foram utilizadas três categorias intermediárias: Entrega dos Registros, Problemas do SISAB e Utilização da Informação. O quadro 2 demonstra o número absoluto de respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas em relação a cada categoria desenhada, ou seja, o quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT2.

Quadro 2: Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT2

Categorias intermediárias	Nº de unidades de análise
Entrega dos Registros	Onze (11)
Problemas do SISAB	Doze (12)
Utilização da Informação	Dezoito (18)

O mesmo método comparativo quantitativo das expressões ou respostas com contexto favorável e desfavorável, utilizado na categoria temática anterior, foi aplicado na CT2 na tentativa de melhor visualização dos resultados alcançados ao dar-lhes concretude.

Portanto, 71% das respostas ou expressões categorizadas na temática Entrega dos Registros possuem contexto desfavorável. Sendo que essa categoria intermediária se refere ao processo no qual os registros realizados pelos profissionais da assistência são repassados aos profissionais do SISAB, levando em consideração o transporte dos registros, quando da entrega física do documento

ou no processo informatizado, e a forma que eles são recebidos pelos profissionais do SISAB, ou seja, se tais documentos são legíveis, completos e organizados.

A categoria intermediária denominada Problemas do SISAB se refere a expressões ou respostas que relataram barreiras encontradas no SISAB, sejam em relação a produtividade dos profissionais ou aos processos de trabalho do setor. A maior barreira encontrada dentro do SISAB se encontra em situações que culminaram na perda de dados, já que 58% das respostas ou expressões obtidas e categorizadas nessa categoria intermediária continha essa temática.

Já em relação a categoria intermediária Utilização da Informação, tem-se um predomínio das respostas ou expressões com contexto favorável, com 72% do total obtido. Nessa categoria os questionamentos estavam direcionados a percepção dos profissionais em relação a utilização das informações, resultantes do processo de coleta e tabulação dos registros, pela gestão da saúde bucal da ESF.

CT3: Processo de formação e utilização dos indicadores.

Para a formação dessa categoria temática principal, foram utilizadas três categorias intermediárias: Formação de Indicadores, *Feedback* e Planejamento. O quadro 3 demonstra o número absoluto de respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas em relação a cada categoria desenhada, ou seja, o quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT3.

Quadro 3: Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT3.

Categorias intermediárias	Nº. de unidades de análise
Formação de Indicadores	Oito (08)
<i>Feedback</i>	Onze (11)
Planejamento	Trinta e três (33)

Essa categoria se concentra nas formas de utilização das informações obtidas, já que na categoria anterior foi analisada a existência ou não dessa utilização. A análise foi feita em relação à Formação de Indicadores e ao *Feedback* desses indicadores para os profissionais da assistência, além da

função dos indicadores quando do planejamento tanto das ações na assistência quanto das ações na gestão da saúde bucal da ESF.

Percebe-se uma inconsistência dos resultados encontrados na CT3 ao se aplicar o método comparativo quantitativo das expressões ou respostas com contexto favorável e desfavorável. Essa inconsistência se revela na predominância do contexto desfavorável nas categorias intermediárias da Formação de Indicadores, 62% do total, e do Planejamento, 64% do total, além da alta expressividade desse contexto desfavorável na categoria intermediária do *Feedback*, 91% do total.

Inconsistência percebida pelo fato de que foi encontrado um quadro favorável na categoria Utilização de Informações e, portanto, gerou-se uma expectativa de formação do mesmo quadro favorável quando do questionamento das formas que essas informações são utilizadas.

CT4: A importância da GI no planejamento estratégico da Saúde Bucal.

Para a formação dessa categoria temática principal, foram utilizadas três categorias intermediárias: Orientações da Gestão, Frustrações e Comprometimento Pessoal. O quadro 4 demonstra o número absoluto de respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas em relação a cada categoria desenhada, ou seja, o quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT4.

Quadro 4: Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT4.

Categorias intermediárias	Nº. de unidades de análise
Orientações da Gestão	Dezesseis (16)
Frustrações	Vinte e três (23)
Comprometimento Pessoal	Vinte e cinco (25)

Diante do panorama desenhado pelas categorias anteriores, essa categoria pretende analisar a GI na saúde bucal da ESF de Anápolis/GO dentro de um contexto mais subjetivo, através de sentimentos colhidos pelos relacionamentos interpessoais e pela relação entre cumprir metas e cumprir normas ideológicas básicas.

Por meio do método comparativo quantitativo das expressões ou respostas com contexto favorável e desfavorável, obteve-se o equilíbrio da relação gestão-profissionais ao se chegar à 50% de respostas ou expressões, tanto no contexto favorável quanto no desfavorável, em relação às Orientações da Gestão para os profissionais da assistência e do SISAB.

Outro fator que ganhou destaque na pesquisa, levando a formação de categorias intermediárias denominadas Frustrações e Comprometimento Pessoal, foi a obtenção durante 100% das entrevistas de respostas ou expressões que se remetiam aos contextos que nomearam essas categorias. Ou seja, de um total de 328 respostas ou expressões analisadas nessa pesquisa, obtidas através de 21 entrevistas, 25 tinham contexto de frustração e 23 de comprometimento pessoal.

DISCUSSÃO

A primeira Equipe de Saúde Bucal (ESB) é implantada em Anápolis/GO em julho de 2001, em 2015 o município adere ao e-SUS AB CDS e em 2019 inicia a implantação do PE, mas a gestão opta por uma empresa privada e não o e-SUS AB PE. Portanto, os cirurgiões-dentistas trabalharam catorze anos com a Ficha D como instrumento de coleta de dados, cinco anos com o e-SUS AB CDS e há um ano e meio iniciaram o processo de informatização das unidades básicas de saúde e a implantação do PE, processo que ainda não está concluído em sua totalidade.

Na análise do comparativo quantitativo dos comentários captados categorizados como Instrumento de Coleta de Dados, percebe-se que apesar do instrumento de coleta de dados Ficha D ter sido utilizado por muito mais tempo que o e-SUS e o PE ele obteve um número de comentários durante as entrevistas bem menor que os demais. Poder-se-ia usar a conjectura de que é devido o tempo, seis anos e meio, que a Ficha D não é mais utilizada como instrumento de coleta de dados.

Porém, ao se analisar o perfil dos entrevistados, deduz-se que tal fato ocorreu em decorrência do contrato de trabalho precário e a inexistência da carreira na ESF que acabam por levar a uma grande rotatividade de profissionais, ou seja, a maioria dos profissionais entrevistados possuem pouco tempo de trabalho na ESF e não utilizaram a Ficha D como instrumento de coleta de dados.

Os cirurgiões-dentistas que trabalham ou trabalharam na ESF em Anápolis/GO sempre foram contratados por meio de um contrato temporário e poucas vezes passaram por processo seletivo com provas de conhecimento, na maioria das vezes ocorreu somente avaliação de currículo.

O contrato de trabalho precário acaba por prejudicar a qualidade e a continuidade dos serviços prestados, além de comprometer a relação dos trabalhadores com o SUS²⁰. Sendo que tanto o MS quanto o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entendem trabalho precário como a ausência de estabilidade, da garantia dos direitos trabalhistas e de concurso público em relação ao tipo de vínculo empregatício do trabalhador em saúde ²².

A precarização do trabalho guarda a condição de vulnerabilidade em condições incertas e imprevisíveis, onde os riscos são assumidos principalmente pelo trabalhador e não pelo Estado, trazendo desmotivação, insatisfação, baixa remuneração e falta de perspectiva de crescimento ²³.

A Ficha D era o instrumento de coleta de dados do SIAB, onde todos os profissionais da equipe de saúde registravam mensalmente suas atividades, procedimentos e notificações. O cirurgião-dentista só apontava o quantitativo de pacientes atendidos no dia, atividades coletivas, reuniões de equipe e visitas domiciliares. Não havia nenhum procedimento específico da Odontologia, então a possibilidade de formação de indicadores odontológicos através de dados coletados pela Ficha D era praticamente impossível.

Das poucas expressões ou respostas proferidas pelos profissionais durante as entrevistas, totalizando oito (8), dentro do contexto da Ficha D, cinco (5) abordavam aspectos desfavoráveis ou negativos desse instrumento de coleta de dados.

Em 2015 a ESF de Anápolis/GO adere à estratégia do e-SUS AB, implantando o sistema CDS, ou seja, um software para Coleta de Dados Simplificada, que substitui a Ficha D por uma Ficha de Atendimento Odontológico Individual. Esse novo instrumento de coleta de dados odontológicos representa uma grande evolução com o registro individual de cada paciente atendido e a presença de indicadores odontológicos tais como: Primeira Consulta Odontológica Programática, Atendimento

de Urgência, Gestante, Pacientes Especiais, Tratamento Concluído, Encaminhamentos e vários procedimentos clínicos odontológicos.

Percebe-se que a estratégia e-SUS AB suporta as ações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), provando que o SISAB atingiu sua proposta de transformação, ao passo que permite o monitoramento e a avaliação da saúde bucal ofertada na atenção básica e a torna legítima componente da saúde do indivíduo²⁴.

De acordo com Silva et al.²⁵, a aceitação de uma nova tecnologia em saúde está relacionada com o desenvolvimento de posições que representem percepções positivas pelos profissionais que passam a utilizar tal inovação em seus processos de trabalho, sendo que tais profissionais são fator sensível no sucesso da implantação e adoção de tecnologias de informação em saúde.

Analisou-se um total de trinta e sete (37) expressões ou respostas dentro do contexto e-SUS e somente cinco (5) possuem aspectos desfavoráveis ou negativos. Portanto, infere-se que tal instrumento de coleta de dados foi bem aceito pelos profissionais da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO e apresenta várias vantagens e facilidades.

Em 2019 a gestão de Anápolis/GO decide pelo processo de informatização das unidades de saúde básica, mas não passa a utilizar o e-SUS PE e sim opta por comprar um sistema de PE de uma empresa privada.

A categoria temática intermediária PE recebeu mais expressões ou respostas com contexto negativo ou desfavorável, trinta e três (33) de um total de cinquenta e quatro (54), em comparação com as de contexto favorável ou positivo.

O modo como uma inovação é adotada, com aceitação ou rejeição, está diretamente relacionado à forma como ela é demonstrada quando da sua implantação. Assim, os profissionais precisam participar do processo de difusão de inovações, ou seja, o envolvimento dos profissionais de saúde no processo de implantação do PE é fundamental na aceitação do mesmo²⁵.

Tendo em mente o contexto das respostas proferidas pelos profissionais em relação à implantação do PE, infere-se que a rejeição a esse instrumento de coleta de dados decorre da falta do envolvimento desses profissionais no processo da implantação de tal instrumento inovador, indo ao encontro do trabalho de Silva *et al*²⁵.

Ademais, a rejeição pode levar à subutilização da tecnologia implantada, onde a mesma não é utilizada de forma adequada pelos profissionais, gerando informações não fidedignas e com pouca aplicabilidade no processo de trabalho. Para impedir a subutilização de sistemas de saúde é necessário que os profissionais entendam essa inovação como útil, aplicável e imprescindível aos seus processos de trabalho, só assim alcança-se a utilização maximizada de uma tecnologia inovadora²⁵.

Outro fator que contribui na aceitação de uma tecnologia inovadora, gerando conceitos favoráveis em relação à inovação, é a capacitação ou treinamento dos profissionais para que sua utilização seja inserida no cotidiano de trabalho²⁵. Quando os entrevistados foram questionados dentro do contexto da realização e participação de capacitações e treinamentos para o uso dos sistemas de informação em saúde, obteve-se, de um total de trinta e oito (38) respostas, apenas sete expressões com contextos favoráveis ou positivos.

Portanto, infere-se que a presença incipiente de educação permanente, através de capacitações e treinamentos, acaba por limitar o uso dos SIS, gerando desde pequenas limitações até o total desconhecimento pelos profissionais da ESF²⁶.

A consolidação do SUS requer que os profissionais da AB tenham um processo de formação e desenvolvimento para um perfil diferenciado fundamentado em uma perspectiva generalista, que considere os problemas e as necessidades de saúde da população²⁶. Na análise das expressões obtidas no contexto da formação acadêmica, percebe-se a evolução na orientação das práticas profissionais de saúde no setor público, refletindo o esforço do Estado no desenvolvimento de estratégias educacionais que consolidem as diretrizes e princípios do SUS.

Durante as entrevistas constatou-se a importância e a necessidade do chamado curso introdutório, ou seja, um preparatório para profissionais ingressarem na saúde pública e tomarem conhecimento de todo o processo de trabalho existente na ESF²⁶. E tal necessidade resulta das diferentes formações acadêmicas. Porém, em Anápolis/GO a realização do introdutório só foi realizada nos anos de 2001 a 2005.

A informatização das unidades básicas de saúde de Anápolis/Go teve início em 2019 e ainda não foi finalizada. Quando os profissionais foram questionados a respeito do processo de informatização das unidades de saúde, obteve-se de um total de vinte e oito (28) respostas somente oito (8) expressões com contexto favorável, sendo que grande parte das expressões desfavoráveis está relacionada a dificuldades técnicas ou com equipamentos.

A fragilidade da infraestrutura tecnológica é um desafio enfrentado não somente por Anápolis/GO, mas por todos os municípios brasileiros e vários outros países em desenvolvimento como o Brasil, quando da informatização das unidades básicas de saúde, o que acaba por fragilizar também a organização de processos no contexto do SUS²⁷.

Com todos os problemas técnicos e de estrutura apresentados durante a informatização das unidades de saúde, as facilidades adquiridas com a digitalização do processo de trabalho estão sendo sentidas, em sua maioria, apenas pelos gestores da ESF de Anápolis.

O uso da tecnologia da informação em saúde com o registro eletrônico dos dados assistenciais reduz erros, padroniza conceitos para que possam ser agrupados em conjuntos de dados e fornece visibilidade às ações realizadas, facilitando o diagnóstico e o monitoramento pela gestão para o desenvolvimento do planejamento e da tomada de decisão em saúde²⁸. Motivo pelo qual os gestores da ESF de Anápolis/GO, quando entrevistados, expressaram respostas com contexto favorável.

Tendo em mente a afirmação de Lehnart et al²⁹ de que toda organização pública que visa melhorar a qualidade de seus serviços e o atendimento oferecido ao cidadão, além de agilizar seus processos de trabalho, deve primordialmente passar pela informatização, acredita-se que a gestão da ESF de Anápolis/GO tomou o caminho assertivo.

Ao questionar os profissionais a respeito da logística do recolhimento das fichas de registros de dados, quando tais fichas eram em papel, obteve-se unanimidade em respostas afirmando que são os próprios integrantes da equipe de saúde que se revezam para realizar a entrega dos documentos na SEMUSA.

Analisando as respostas dos entrevistados quando questionados em relação aos problemas encontrados no SISAB, infere-se que de um total de doze (12) expressões obtidas durante as entrevistas, sete (7) representam a perda de dados devido atraso da digitação e quatro (4) citam a falta de preparo dos profissionais do SISAB.

A atualização dos dados, ou seja, a digitalização de 100% dos registros dos profissionais da saúde só foi alcançada a partir de 2018 em consequência à mudança da gerência do SISAB e a reorganização do setor. Percebe-se que é fundamental a presença de gestores com conhecimento técnico e vínculo empregatício estável para que se desenvolva um trabalho efetivo e com continuidade.

Além disso, apreende-se que a GI realizada pela gestão da ESF de Anápolis/GO até 2018, sem a atualização dos dados registrados pelos profissionais, não conhecia a real situação da saúde bucal de sua população, já que possuía dados irreais. Traz-se, então, a pesquisa de Gautham *et al*³⁰ descrevendo que problemas na qualidade das informações (dados incompletos, duplicados e de baixa confiabilidade) e na tecnologia para a coleta e consolidação dos dados, acabam por formar barreiras no uso dos SIS na saúde pública.

O trabalho de Almeida *et al*¹⁶ corrobora com a situação apresentada ao afirmar que além de um processo de coleta de dados contínuo, regular e confiável, a informação, formada pela consolidação desses dados, deve estar oportunamente disponível, possibilitando uma resposta adequada e em tempo ideal para subsidiar uma tomada de decisão.

Diante desse cenário, os entrevistados foram questionados em relação a utilização das informações pela gestão da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO. E apesar de todas as barreiras descritas

anteriormente, obteve-se mais expressões em um contexto favorável, treze (13) de um total de dezoito (18).

Quando os entrevistados foram questionados a respeito da formação de indicadores pela gestão da saúde da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO, obteve-se de um total de oito (8) respostas, cinco (5) expressões com contexto desfavorável.

Portanto, tem-se uma contradição de contextos: mesmo não formando indicadores de forma ideal, o que foi confirmado pelos gestores entrevistados, os profissionais acreditam, em sua maioria, que a informação está sendo bem utilizada pela gestão. Infere-se que a existência dessa contradição se deve à correlação da informação com recursos financeiros existentes e controle de situações adversas.

O cenário encontrado na ESF de Anápolis/GO está presente em boa parte dos municípios brasileiros, ou seja, os SIS são subutilizados já que as informações obtidas são usadas somente para fins burocráticos e financeiros e não no processo organizacional das ações e serviços de saúde, através da formação de indicadores para servir de base para o planejamento estratégico¹⁵.

Outro fator que demonstra a não formação de indicadores pela gestão da saúde bucal de Anápolis/GO, foi a obtenção de quase 100% de respostas desfavoráveis ou negativas dos profissionais entrevistados quando o questionamento se referiu à alguma forma de feedback da gestão dos registros enviados à SEMUSA. Sendo que das onze (11) expressões obtidas, apenas uma teve contexto favorável ou positivo.

Como consequência à falta de indicadores e de *feedback* da gestão da ESF de Anápolis/GO, ao questionar os profissionais a respeito da realização de planejamento em sua rotina de trabalho obteve-se, de um total de trinta e três (33) respostas, vinte e uma (21) expressões com contexto desfavorável ou negativo. Ademais, as expressões com contexto favorável ou positivo dentro da realização de planejamento pelos profissionais, em sua maioria, estão ligadas a uma iniciativa particular ou da equipe de saúde.

Diante do panorama desenhado pelas categorias anteriores, a categoria temática de número quatro pretende analisar a GI na saúde bucal da ESF de Anápolis/GO dentro de um contexto mais subjetivo, através de sentimentos colhidos pelos relacionamentos interpessoais e pela relação entre cumprir metas e cumprir normas ideológicas básicas.

O primeiro questionamento foi a respeito das orientações repassadas pela gestão aos profissionais, levando em consideração o relacionamento gestão-assistência. Nesse contexto obteve-se um empate entre as expressões favoráveis e desfavoráveis, o que sugere um equilíbrio na relação entre a gestão e os profissionais da assistência com a presença do diálogo, entretanto tal processo não acontece de forma estratégica, alcançando a todos igualmente.

Outro fator que chamou a atenção quando da análise das respostas dos entrevistados, foi que toda entrevista contém ao menos uma expressão com contexto de frustração e uma se referindo ao comprometimento pessoal profissional. Ou seja, foram entrevistados vinte e um (21) profissionais, com um total de trezentos e vinte e oito (328) respostas analisadas, e obtidas vinte e três (23) expressões com contexto de frustração e vinte e cinco (25) dentro do contexto comprometimento pessoal.

A frustração é produto da psicodinâmica do trabalho, ou seja, a dinâmica do profissional com seu trabalho gera determinantes para a subjetividade de prazer e sofrimento. Quando o profissional se sente valorizado e reconhecido, ele entende seu ambiente de trabalho como gerador de vivências de prazer. Porém, quando isso não acontece o profissional passa a ter vivências geradoras de sofrimento físico e psíquico, como a frustração, a angústia, o desgaste entre outros, acarretando a desmotivação e a insatisfação do trabalhador³¹.

O sofrimento no trabalho é caracterizado pela discrepância entre a atividade real e a meta pretendida e idealizada, isto é, o cumprimento de metas de produtividade no lugar de cumprir normas ideológicas individuais e coletivas, interferindo negativamente na maneira como o trabalho é desempenhado e nas relações socioprofissionais. Muitas vezes, a própria organização é a

causadora de tal sofrimento, já que ele surge na impossibilidade de negociação entre o profissional e a realidade imposta pela organização do trabalho³².

O paradigma assistencial vivido pelos profissionais do SUS ao enfrentar duas lógicas distintas, de um lado a produtividade e do outro a qualidade do trabalho oferecido ao usuário do sistema, acaba por construir armadilhas éticas na produção das ações e serviços de saúde e, conseqüentemente, testar o comprometimento pessoal do profissional de saúde com a essência do seu trabalho: o ser humano³³.

Os valores do serviço público são sistematicamente abalados quando a organização prioriza a produtividade à qualidade do serviço ofertado, produzindo uma precariedade subjetiva que relativiza a ética e causa sofrimento no trabalho. Dessa forma, o profissional da saúde pública, no intuito de se manter minimamente ético, opta por assumir “práticas possíveis”, relativizando o comprometimento pessoal no seu trabalho e gerando um sofrimento decorrente da incoerência entre suas ações e suas convicções pessoais e profissionais³³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que mesmo com todas as ferramentas disponibilizadas e viabilizadas pela União para tentar organizar, orientar e coordenar a GI dos municípios brasileiros, a subutilização dos SIS ainda acontece e em Anápolis/GO não é diferente.

A saúde bucal da ESF de Anápolis/GO não possui um processo institucionalizado de formação de indicadores na saúde. A maioria dos dados registrados pelos profissionais da assistência e digitalizados pelo SISAB tem apenas função burocrática e financeira na gestão municipal da saúde.

Durante a pesquisa, notou-se que as decisões tomadas pela gestão da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO são automáticas e sem embasamento em indicadores previamente formados, ou seja, o planejamento estratégico é ineficaz, voltado para resolver apenas questões técnicas, financeiras e burocráticas.

Porém, com o último passo do governo federal, o “Previne Brasil”, surge a necessidade e a obrigatoriedade da formação de indicadores na saúde, o que acaba por impor uma mudança na forma de como a GI será conduzida nos municípios brasileiros nos próximos anos.

A análise do conteúdo das entrevistas dos profissionais da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO revelou a dualidade de sentimentos que é trabalhar na saúde pública brasileira. Já que existe, na gestão organizacional do serviço de saúde, uma mistura de conceitos públicos e privados, ou seja, a discrepância entre cumprir metas produtivas e cumprir normas ideológicas básicas do SUS.

De um lado o prazer em ajudar outro ser humano, ser parte do ideal da Reforma Sanitária, construindo um SUS universal, integral e ético, onde, como foi dito por um dos entrevistados: “o muito obrigado do paciente público vale muito mais do que o do paciente particular”. Do outro, a necessidade de se inserir na organização gestora capitalista, onde o lucro, disfarçado de produtividade, comanda o meio ambiente de trabalho.

Está claro que a estratégia e-SUS AB está sendo muito importante ao possibilitar a informatização na saúde pública do Brasil, além de modernizar todo o processo de registro, coleta e consolidação dos dados. Entretanto, fornecer a ferramenta não é o suficiente quando os gestores municipais não têm a consciência e o desejo de se apropriar da boa governança, não colocando as necessidades de sua população em primeiro lugar.

Outros estudos são necessários para acompanhar e analisar a mudança imposta pelo “Previne Brasil”. Verificar se após a conexão financeira firmada aos indicadores de saúde, tornando-os obrigatórios para o recebimento de recursos financeiros, os gestores municipais se apropriarão da importância da presença da GI na administração pública da saúde para garantir a qualidade e assertividade das ações e serviços prestados aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

1 - Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 229.

2 – Assembleia Nacional Constituinte (BR). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988.

- 3 - Andrett M, Lunkes RJ, Rosa FS, Brizolla MMB. Eficiência dos Gastos Públicos em Saúde no Brasil: Estudo Sobre o Desempenho de Estados Brasileiros. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [S.l.], aug. 2018;7(2):114-128. ISSN 2316-3712.
- 4 - Santos RR, Rover S. Influência da governança pública na eficiência da alocação dos recursos públicos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, aug. 2019;53(4):732-752.
- 5 - Silva MZ, Moretti BR, Schuster HA. Avaliação da Eficiência Hospitalar por Meio da Análise Envoltória de Dados. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, [S.l.] dec. 2016;5(2):100-114.
- 6 - Nirazawa AN, Oliveira SVWB. Indicadores de saneamento: uma análise de variáveis para elaboração de indicadores municipais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Aug. 2018;52(4):753-763.
- 7 - Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva DO, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC. Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, 2016;25(3):e3440015.
- 8 - Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica – SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde da população: *Portaria MS/GM n.º 2.203/1996*. Brasília, 1996.
- 9 - Santos BRP, Biaggi C, Damian IPM. Atuação da gestão da informação na área da saúde: uma análise da produção científica em âmbito nacional. *Rebecin*, 1. sem. 2019;6(esp):31-42.
- 10 - Carvalho ALB, Shimizu HE. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface*, Botucatu, Mar. 2017;21(60):23-33.
- 11 - Martins LMP, Silva EM, Marques D. Informações em saúde na ótica de enfermeiras da saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem* 2016;20:e932.
- 12 - Matos JAV, Vieira LS, Franco LMC. O impacto do gerenciamento da informação em saúde no exercício da Enfermagem brasileira no período de 2004-2009. *Revista Mineira de Enfermagem* jul/set 2015;19(3):752-760.
- 13 - Oliveira LCP, Faleiros SM, Diniz EH. Sistemas de informação em políticas sociais descentralizadas: uma análise sobre a coordenação federativa e práticas de gestão. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, feb. 2015;49(1):23-46.
- 14 - Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Ministério da Saúde – Secretária Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, Brasília, DF, 2016.
- 15 - Quites H. Barreiras do uso da Informação em Saúde na tomada de decisão municipal: uma Revisão de Literatura. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*. 2016;1011.10.18673/gs.v0isupl.22004.

- 16 - Almeida MC, Brito CS, Rodrigues H D I, Gomes EVB, Carvalho AKP, Oliveira BD, et al. Gestão da informação: revisão integrativa de literatura. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*. 2015;6: 2819. 10.18673/gs.v6i3.22417.
- 17 - Conselho Federal de Odontologia- CFO. (2013). Prefeitura de Anápolis recebe o prêmio Brasil Sorridente 2013. *Website.cfo.org.br*. Disponível em: <[http:// https://website.cfo.org.br/prefeitura-de-anapolis-recebe-o-premio-brasil-sorridente-2013/](http://https://website.cfo.org.br/prefeitura-de-anapolis-recebe-o-premio-brasil-sorridente-2013/)>. Acesso em: 19 de setembro de 2020.
- 18 – Prefeitura Municipal de Anápolis (GO). Aviso de Credenciamento 08/2020: Dispõe sobre o Processo de credenciamento para a contratação de profissionais de saúde para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Diário Oficial*, 02 de outubro de 2020. Disponível em:<<https://diario.anapolis.go.gov.br:8104/dowebans/page/diarioOficial.jsf;jsessionid=D7914B1175BF8AB62A55DDE5EAC914DF>>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.
- 19 - Rodrigues WC. Metodologia Científica, 2007. Disponível em: <http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 15/10/2019.
- 20 - Fernandes LA, Gomes JMM. Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais: Características e modalidades de investigação. *ConTexto*, Porto Alegre, 2003;3(4).
- 21 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.*
- 22 - Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saúde Soc*. São Paulo, 2019;28(3):309-323,
- 23 - Ribeiro AC, Souza JF, Silva JL. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. *Cogitare Enferm*. Jul/Set2014;19(3):569-75.
- 24 - Astolfo S, Kehrig RT. O processo de implantação de uma estratégia integrada de SIS na APS: a experiência do e-SUS no Mato Grosso, Brasil. *Rev. Saúde Col. UEFS*, Feira de Santana, jun 2017;7(1):8-15.
- 25 - Silva TIM, Cavalcante RB, Silva HRM, Santos RC, Guimarães EAZ, Pinheiro MMK. Difusão da inovação tecnológica e-SUS AB: aceitação ou rejeição? *Cogitare Enferm*. 2018;(23)3:e55911.
- 26 - Vendruscolo C, Trindade LL, Rodrigues OCC, Adamy EK, Brum MLB. Introdução para equipes de saúde da família: contribuições para o fortalecimento da atenção básica. *Rev enferm UFPE on line*. Recife, set. 2016;10(9):3393-400, ,
- 27 - Cavalcante RB, Vasconcelos DD, Gontijo TL, Guimarães EAA, Machado RM, Oliveira VC. Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios. *Cogitare Enferm*. 2018;(23)3:e54297.

- 28 - Gava M, Ferreira LS, Palhares D, Mota ELA. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no nordeste do Brasil: expectativas e experiências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016;21(3):891-902.
- 29 - Lenhart M, Ferreira LS, Palhares D, Mota ELA. Ciclo de vida dos sistemas: uma análise dos desafios da implementação de um sistema de informação em uma instituição de saúde pública. *Rev. Adm. UFMS*, Santa Maria, out. - dez. 2017;10(4):474-591.
- 30 - Gautham M, Spicer N, Subharwal M, Gypta S, Srivastava A, Bhattacharyya S, et al. District decision-making for health in low-income settings: a qualitative study in Uttar Pradesh, India, on engaging the private health sector in sharing health-related data. *Health Policy and Planning*, Oxford, 2016;31(Supl2):ii35-ii46.
- 31 - Rodrigues JO, Silva EAL. O prazer e o sofrimento dos homens no trabalho em serviços de saúde. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, jul 2016;10(7):2544-54.
- 32 - Chaves RO, Coutinho FG. Dinâmica prazer-sofrimento no trabalho: estudo de caso com funcionários públicos da câmara municipal de Contagem (MG). *Revista Brasileira de Administração Científica*, 2016;7(1):262-276. DOI: <http://doi.org/10.6008/SPC2179-684X.2016.001.0018>.
- 33 - Gomes D, Ramos FRS. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 2013. DOI: 10.1590/1807-57622013.0647.