

## **Análise de conteúdo frequencial lexical: O quantitativo delimitando o qualitativo na comparação dos discursos sobre o fluxo assistencial para o câncer bucal**

### **Lexical Frequency Content Analysis: The Quantitative Delimiting the Qualitative in the Comparison of the Discourses on the Pathway for Oral Cancer**

Leonardo Carnut <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>

Brunna Verna Castro Gondinho <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1061-4407>

Celso Zilbovicius <sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0780-8120>

Tarsila Teixeira Vilhena Lopes <sup>4</sup>

Jaqueline Vilela Bulgareli <sup>5</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7810-0595>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

<sup>2,3</sup> Universidade Estadual do Piauí, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.

#### **Resumo:**

Em alguns processos gerenciais a análise de conteúdo dos discursos dos sujeitos pode ajudar a compreender a subjetividade envolvida na gestão dos serviços de saúde como no caso dos fluxos assistenciais. Objetivo: Assim, o objetivo deste estudo foi discutir sobre o uso da análise de conteúdo frequencial lexical para analisar comparativamente a compreensão de um fluxo assistencial para a referência de usuários com câncer bucal. Método: O estudo se localizou no município de Arcoverde, Pernambuco, Brasil. Este é um município de médio porte e contém uma rede de serviços públicos de saúde bucal composta por 19 equipes de cirurgiões-dentistas (CDs) e auxiliares que encaminham pacientes com suspeitas de câncer bucal. Realizou-se entrevista semiestruturada com quatro sujeitos (dois CDs e dois gerentes) para identificar a 'racionalidade' (gerencial ou clínica) mais frequente no discurso de ambos sobre o fluxo com intuito de comparação. Para fins analíticos foi usada a análise de conteúdo de Bauer, do tipo frequencial e cuja unidade textual de análise foi o léxico dos discursos dos quatro sujeitos entrevistados sobre o fluxo assistencial. Resultados: A categoria 'Fluxo Assistencial' para os CDs foi maior (50%) do que nos Gerentes (47,1%). Os gerentes dominaram mais o conteúdo sobre Atenção Básica do que os CDs clínicos o que pode ser visto na comparação CDs (6,1%) e Gerentes (29,4%). Conclusões: Gerentes e CDs compreendem a referência dos

usuários, porém os CDs não estão totalmente seguros dos casos. Os gerentes demonstram uma maior segurança quanto os seus discursos, porém demonstraram resquícios do modelo biomédico. A análise de conteúdo frequencial lexical destes discursos permitiu essa comparação com maior precisão.

**Palavras-chave:** Pesquisa Qualitativa; Regulação e Fiscalização em Saúde; Neoplasias Bucais; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde.

**Abstract:**

In some management processes, the content analysis of the subjects' speeches can help to understand the subjectivity involved in the management of health services as in the case of pathways. Objective: Thus, the objective of this study was to discuss the use of lexical frequency content analysis to comparatively analyze the understanding of a care flow for referral of users with oral cancer. Method: The study was located at municipality of Arcoverde, Pernambuco, Brazil. This is a medium-sized town and contains a network of public oral health services made up of 19 teams of dentists and assistants who refer patients with suspected oral cancer. A semi-structured interview was carried out with four subjects (two DCs and two managers) to identify the 'rationality' (managerial or clinical) most frequent in the discourse of both about the flow with a lot of comparison. Bauer's content, of the frequency type and whose textual unit of analysis was the lexicon of the speeches of the four subjects interviewed about the care flow (pathway). Results: The 'Pathway' category for DCs was higher (50%) than for Managers (47.1%). Managers dominate the content on Primary Care more than clinical CDs, which can be seen in the comparison between dentists (6.1%) and Managers (29.4%). Conclusions: Managers and dentists understand the users' reference, but the CDs are not entirely sure of the cases. Managers are more confident about their speeches, but they are remnants of the biomedical model. The analysis of the lexical frequency content of these speeches allowed this comparison with greater precision.

**Keywords:** Qualitative Research; Health Care Coordination and Monitoring; Mouth Neoplasms; Unified Health System; Health Management.

**Submissão:** 18/03/2021

**Aceitação:** 28/04/2021

## 1. Introdução

A pesquisa na área de gestão de serviços públicos de saúde ainda é calcada em uma tradição de pesquisa quantitativa, normativa e, muitas vezes, positivista (Tanaka & Tamaki, 2012). Esperar que dados qualitativos sejam usados com maior intensidade para a tomada de decisões no âmbito do cotidiano gerencial dos serviços aparece como algo distante (Triviños, 1987).

Contudo, os discursos dos sujeitos envolvidos na produção dos serviços (sejam eles gestores, profissionais de saúde ou prestadores de serviço) (Turato, 2003) podem ser qualitativamente usados para, através de uma lógica de agregação quantitativa, ajudar os investigadores da área de gestão que advém desta tradição positivista de análise.

Segundo Bauer (2010), a análise do conteúdo dos discursos, em seu caráter clássico, pode ser usada de diversas maneiras, desde a quantificação dos recortes do texto em unidades ou segmentos menores (unidades de texto) até a comparação de estruturas semântico-sintáticas complexas e trans históricas.

Krippendorff (1980) classifica as análises de conteúdo em diversos tipos, sendo a mais popular a frequencial ('análise de frequência'). A análise de conteúdo do tipo frequencial, ainda que se limite a contar todas as unidades de texto pré ou pós-codificadas, permite uma síntese léxico-sintático-semântica que ajuda a interpretar dados qualitativos com uma precisão razoável.

Em gestão de serviços de saúde, local em que o cotidiano do serviço é intenso, complexo e requer respostas rápidas, a compilação de dados dos discursos dos sujeitos que fazem o serviço pode encontrar na 'análise de conteúdo frequencial' um caminho para compreender qualitativamente a subjetividade inerente destes atores.

A análise de conteúdo do 'tipo frequencial' tem sido apontada como o tipo que apresenta maior potencial de utilização pela facilidade de compreensão ou pela sua semelhança com a lógica quantitativa. Esta tipologia ajuda aos gestores a compreender, quantitativamente, dados que *a priori* são qualitativos.

Um processo de trabalho da gestão dos serviços de saúde que frequentemente é determinada pela subjetividade e, portanto, passível desta análise é o discurso dos atores de uma rede de atenção sobre a 'regulação assistencial' (Magalhães, 2002). A regulação assistencial refere-se ao direcionamento do usuário em um sistema ordenado de fluxos e contrafluxos necessários para a adequada integração entre "pontos de atenção" de um mesmo sistema de saúde.

Alguns autores como Solla & Chioro (2008) nomeiam esta integração como um Sistema de referência e contrarreferência. Para Witt (1992), este sistema é parte integrante do processo de regulação assistencial que tem como principal função viabilizar a continuidade da atenção aos usuários gerando, com isso, uma diversidade de 'fluxos assistenciais'.

Os fluxos assistenciais são o conjunto dos deslocamentos da população aos serviços de saúde (Secretaria do Estado de Saúde de Alagoas - SESA, 2013). Focando-se no fluxo "atenção básica-atenção secundária", o acesso aos procedimentos especializados, a padronização de solicitação de procedimentos via protocolização e o estabelecimento de unidades de referência inter/intra níveis são ações clássicas na definição do fluxo (Brasil, 2008).

Organizar os fluxos assistenciais não é uma tarefa gerencial trivial e requer uma compreensão da subjetividade e percepção dos atores que encaminham o fluxo de pacientes de forma clara (Solla & Chioro, 2008). Isto tende a ser mais problemático quando se trata de casos em que a patologia ou lesão pode progredir para o óbito. No caso dos serviços de saúde bucal, isso fica evidente quando o Cirurgião-Dentista (CD) se depara com uma lesão suspeita de câncer de boca e a dúvida se centra em para qual serviço encaminhar o caso.

Assim, o objetivo deste estudo foi discutir sobre o uso da análise de conteúdo frequencial com foco na unidade lexical para analisar comparativamente as consonâncias e dissonâncias na compreensão e recomendação de um fluxo assistencial para a referência de usuários com câncer bucal.

## **2. Percurso Metodológico**

O estudo foi localizado no município de Arcoverde, Pernambuco, Brasil. Esta municipalidade apresenta 353 km<sup>2</sup> de território e se encontra a 252 km de distância da capital do estado - Recife. A rede pública de serviços de saúde do município é composta por 1 Hospital Regional e 19 unidades de saúde. No âmbito dos serviços de saúde bucal, Arcoverde apresenta uma rede de atenção primária com 26 Unidades Básicas de Saúde, com 17 Equipes de Saúde Bucal e 1 Centro de Especialidade Odontológica (Prefeitura Municipal de Arcoverde, 2013).

### **2.1 Tipologia do Estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, classificado como uma análise de conteúdo do discurso, do tipo frequencial (Bauer, 2010), cuja Unidade Textual (UT), também conhecida como 'segmento de texto', foram as *palavras* (o léxico).

### **2.2 Processo ou Operação sob Análise**

Tomou-se como fenômeno gerencial sob análise o "fluxo assistencial", identificado como o deslocamento da população aos serviços de saúde (SESAU, 2013).

### **2.3 Técnica de Coleta de Dados**

A técnica da entrevista semiestruturada (Britten, 2009), com questões abertas também chamada de semipadronizada (Flick, 2009) foi escolhida por se adequar ao objetivo desta pesquisa. Essa técnica de entrevista é conduzida com base em uma estrutura flexível, constituindo-se primordialmente de questões abertas que definem a área a ser explorada ou pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes (Britten, 2009). Para captar as respostas foram utilizados Mp4 para registro e posterior transcrição.

## 2.4 Instrumento de Coleta de Dados e Critérios de Inclusão

Para captar os discursos dos entrevistados sobre sua execução no cotidiano dos fluxos foi necessária a construção de um tópico-guia que orientou o entrevistador na condução do assunto com o entrevistado (Gaskell, 2010) conforme pode ser visto na figura 1.

A entrevista foi realizada por uma única pesquisadora, graduada em odontologia e com vivência nos serviços de saúde, adequadamente treinada para realização de entrevistas qualitativas. As entrevistas foram realizadas em um intervalo de 3 semanas.

O critério de inclusão para a seleção dos entrevistados foi serem sujeitos que estavam, no momento da pesquisa, investidos nos cargos de cirurgiões-dentistas de família e cirurgião-dentista especialista em estomatologia ou cirurgia bucomaxilofacial, e gerentes que se dispuseram a participar da pesquisa. De um universo de 18 profissionais, parte desses profissionais (quatro) foram abordados com o intuito de captar a percepção destes sujeitos sobre a questão em estudo.

Apenas 4 foram foco desta investigação por serem considerados pela gestão central da secretaria como os 'dois extremos' da situação de vivência deste fluxo assistencial: 2 deles (1 clínico e 1 gerente) respeitavam os critérios de encaminhamento descritos nos protocolos ministeriais e, outros 2, não (1 clínico e 1 gerente). O número de entrevistas realizadas se deu pela saturação (Fontanella & Magdaleno Júnior, 2012).

Tópico-Guia 1: Roteiro de entrevista para os profissionais cirurgiões-dentistas
<u>Identificação</u>
Falar seu nome, ano de formação, formação complementar (especializações, mestrado, doutorado) e experiência clínica prévia ao trabalho em saúde pública
<u>Experiência em saúde pública/saúde da família</u>
Início do trabalho no 'saúde da família' (circunstância do início, motivações para procurar o cargo como forma de exercício profissional e tempo de exercício)
Dia-a-dia do trabalho clínico no 'saúde da família' (o que mais chama a atenção em relação às capacidades diagnósticas que o cirurgião-dentista deve ter que difere do setor privado)
<u>Experiência clínica em estomatologia</u>
Atuação na área (monitoria, estágios, áreas correlatas – buco, histologia, patologia)
Segurança clínica no diagnóstico de lesões suspeitas
<u>Organização da referência de usuários com lesões suspeitas</u>
Descrever como se ocorre a clínica do diagnóstico de lesões suspeitas e como ocorre o fluxo assistencial, desde o diagnóstico até o atendimento especializado (com detalhes)
<u>Responsabilização sanitária pelos usuários com lesões suspeitas</u>
Descrever o que ocorre com o paciente após o encaminhamento para o nível especializado
Relatar o que o profissional recebe da gestão como forma de encaminhamento de usuários com lesões suspeitas para o nível especializado

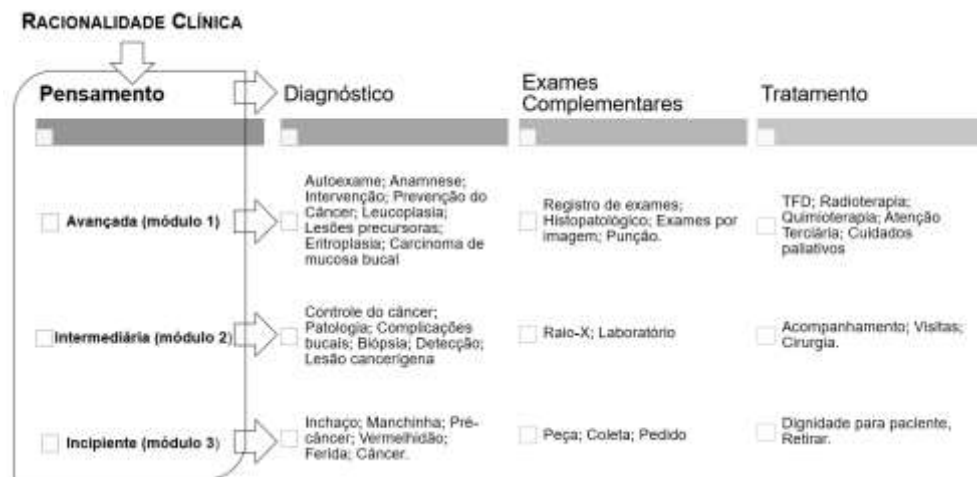
**Figura 1:** Tópico-guia utilizado para as entrevistas com cirurgiões-dentistas (clínicos e gerentes).

**Fonte:** elaboração própria.

## 2.5 Processamento dos Dados Qualitativos em ‘Léxicos-Quantitativos’

Os discursos dos sujeitos entrevistados foram analisados do ponto de vista de conteúdo. O intuito foi verificar qual tipo de racionalidade está mais presente no referencial simbólico dos dois diferentes grupos de profissionais (cirurgiões-dentistas e gerentes) que cotidianamente operam o fluxo assistencial para os casos suspeitos de desordens potencialmente malignas na cavidade bucal.

Para tanto se utilizou um *referencial de codificação* conforme descrito por Bauer (2010) responsável por guiar a categorização dos conteúdos em grupos semânticos para assim possibilitar a identificação de qual tipo de racionalidade (clínica ou gerencial) está mais frequente nos discursos dos sujeitos conforme exposto nas figuras 2 e 3.



**Figura 2:** Esquema de referenciais de codificação usados para análise de conteúdo dos discursos de cirurgiões-dentistas e gerentes sobre fluxo assistencial para o câncer bucal, segundo racionalidade clínica.

**Fonte:** Pesquisa direta.



**Figura 3:** Esquema de referenciais de codificação usados para análise de conteúdo dos discursos de cirurgiões-dentistas e gerentes sobre fluxo assistencial para o câncer bucal, segundo racionalidade gerencial.

**Fonte:** Pesquisa direta.

A partir desses referenciais de codificação, os conteúdos foram classificados de acordo com que nele está exposto. Quando os termos não foram previstos no referencial, os demais foram ordenados por aproximação léxico-semântica com os termos já previstos anteriormente.

Assim, os conteúdos dos discursos foram decompostos em Unidade de Textos (UT) e contabilizados através das categorias pré-estabelecidas com o objetivo final de obter uma análise de frequência de todas as UTs que compõem o conteúdo dos discursos, dissecando-o a ponto de obter-se a quantidade de UTs que mais se repetem referentes a determinada racionalidade (gerencial ou clínica) conforme disposto nos quadros 1, 2, 3 e 4.

**Quadro 1:** Unidades de texto encontradas nos discursos dos Cirurgiões-dentistas sobre fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal, segundo racionalidade gerencial.

Análise dos discursos dos Cirurgiões-dentistas segundo Racionalidade Gerencial						
Pensamento	Atenção Básica		Fluxo Assistencial		Atenção Secundária	
Avançado	Palavras	Frequência	Palavra	Frequência	Palavra	Frequência
	ACS		Contra-referência		CEO	10
	ASB		Rede		Atenção Especializada	
	Acolhimento		Planejamento das ações		Estomatologia	2
	Multidisciplinaridade		Regulação		SIA/SUS	
	PSF		Referência	9	Continuidade do cuidado	
	Promoção de Saúde		Integralidade do cuidado			
	UBS	3				
	SIAB					
	NASF					
	Saúde Bucal					
	Atenção Básica	4				
Intermediário	Comunidade		Protocolos	3	Local de Referência	
	Prevenção		Critérios			
	ACD		Fluxo de atendimento			
	Atendimento*		Cuidados assistenciais			
			Demanda	1		
			Oferta			
			Coordenação	3		
			Fluxo/Fluxo de referência			
Incipiente	Marcação		Agendamento		Especialista/Especialidade	12
	Posto de Saúde		Encaminhamento	15	Dentista*	12
	Cigarro		Mandar	8	Urgência	2
	Alcool		Marcação/marcar	12	Atendimento*	10
	Trabalho em equipe		Autorização		Profissional*	2
	Dentista*		Ficha/Fichinha	6		
			Vaga			
			Ficha de encaminhamento			

Fonte: Pesquisa direta.

\*Palavras que se encaixam em diferentes categorias segundo o seu sentido no discurso.

**Quadro 2:** Unidades de texto encontradas nos discursos dos Cirurgiões-dentistas sobre fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal, segundo racionalidade clínica.

Análise dos discursos dos gestores Cirurgiões-dentistas segundo Racionalidade Clínica						
Pensamento	Diagnóstico		Exames Complementares		Tratamento	
Avançado	Palavras	Frequência	Palavra	Frequência	Palavra	Frequência
	Autoexame		Registro de exames		TFD	4
	Anamnese	1	Histopatológico		Radioterapia	
	Intervenção		Exames por imagem		Quimioterapia	
	Prevenção do Câncer		Punção		Atenção Terciária	12
	Leucoplasia				Cuidados paliativos	
	Entropiasia					
	Carcinoma de mucosa bucal					
Intermediário	Controle do câncer		Análise	1	Acompanha-mento	1
	Patologia		Raio -X		Visitas	
	Complicações bucais		Laboratório		Cirurgia	
	Biópsia	1			Evolução	
	Deteção				Observação	1
	Lesão Cancerígena					1
	Câncer de boca	5				
	Lesões/lesões suspeitas	11				
	Diagnosticar	5				
	Paciente	17				
Incipiente	Exame de lábio	1				
	Fibromasinho/ Manchinha/ferida		Peça/Pecinha	1	Retirar	
	Inchaço		Coleta		Profissional*	
	Manchinha		Pedido		Operação	
	Pré-câncer		Material	2	Dignidade para paciente	
	Vermelhidão		Prescrição	1	Tratar	2
	Ferida					
	Identificar					

Fonte: Pesquisa direta.

\*Palavras que se encaixam em diferentes categorias segundo o seu sentido no discurso.

Em uma primeira análise, ainda com as Unidades de Texto sob quantificação absoluta, o conteúdo do discurso dos cirurgiões-dentistas pode ser decomposto conforme visto nos quadros 3 e 4. Em relação aos cirurgiões-dentistas é possível identificar a predominância do discurso de racionalidade gerencial incipiente, uma hipótese para esta constatação é o tipo de formação dos profissionais voltada para o modelo biomédico. Como aponta Lenzi (2010) em um estudo que mostrou que os profissionais relataram que a formação acadêmica não os preparou de forma correta para atuar no Programa Saúde da Família, como propõe as Diretrizes Curriculares Nacionais.

No discurso de racionalidade gerencial predominam as unidades de texto referentes a fluxo assistencial incipiente, que podemos analisar como avanço, visto que é esperado uma racionalidade mais clínica por parte dos cirurgiões-dentistas, ou seja, eles estão cada vez mais atentos ao andamento do fluxo.

Na análise dos discursos dos CDs segundo racionalidade gerencial predominou um discurso voltado para o diagnóstico intermediário, o que pode sugerir que os CDs visam mais o diagnóstico em detrimento da prevenção.

É possível perceber uma ausência no componente de utilização de exames complementares que pode indicar negligência no momento do diagnóstico.

**Quadro 3:** Unidades de texto encontradas nos discursos dos Gerentes sobre fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal, segundo racionalidade gerencial.



Análise dos discursos dos Gerentes segundo Racionalidade Gerencial						
Pensamento	Atenção Básica		Fluxo Assistencial		Atenção Secundária	
Avançado	Palavras	Frequência	Palavra	Frequência	Palavra	Frequência
	ACS		Contra-referência		CEO	4
	ASB		Rede		Atenção Especializada	
	Acolhimento		Planejamento das ações		Estomatologia	2
	Multidisciplinaridade		Regulação		SIA/SUS	
	PSF	4	Referência	1	Continuidade do cuidado	
	Promoção de Saúde		Integralidade do cuidado			
	UBS	1				
	SIAB					
	NASF					
	Saúde Bucal	2				
	Atenção Básica					
Intermediário	Comunidade		Protocolos		Local de Referência	
	Prevenção		Crêneos			
	ACD		Fluxo de atendimento			
	Atendimento*	1	Cuidados assistenciais			
			Demanda	1		
			Oferta	1		
			Coordenação			
			Fluxo/Fluxo de referência	3		
Incipiente	Marcação		Agendamento		Especialista/ Especialidade	2
	Posto de Saúde		Encaminhamento	6	Dentista*	
	Cigarro		Mandar	1	Urgência	
	Alcool		Marcação/marcar	3	Atendimento*	
	Trabalho em equipe		Autorização		Profissional*	
	Dentista*	2	Ficha/Fichinha			
			Vaga			
			Ficha de encaminhamento			

Fonte: Pesquisa direta.

\*Palavras que se encaixam em diferentes categorias segundo o seu sentido no discurso.

Ainda nesta pré-análise é possível utilizar-se das Unidades de Texto sob quantificação absoluta para a análise do conteúdo do discurso dos gerentes, podendo estes serem decompostos conforme visto nos quadros 5 e 6. É possível identificar a predominância do discurso de racionalidade gerencial incipiente, uma hipótese para esta constatação é o tipo de formação dos profissionais voltada ao modelo biomédico.

É notável certa equivalência entre os três módulos na racionalidade gerencial. O discurso gerencial dos gerentes em alguns módulos foi incipiente, o que pode caracterizar falta de preparo destes profissionais. Ao analisar as questões relativas à formação gerencial nos cursos da área de saúde, refere-se a deficiências ainda maiores. Pontua-se que, na formação acadêmica, o contexto organizacional é subestimado e que os conteúdos são repassados ao aluno de forma acríica e mecânica. Considerando-se que a gerência eficiente está vinculada à reformulação das ideias dos modelos teóricos e das abordagens metodológicas, o perfil adequado do gerente requer, além da sofisticação das técnicas gerenciais e das habilidades específicas, uma formação humanística ampla (Alves et al., 2004).

Na racionalidade clínica os discursos quanto ao diagnóstico e tratamento foram os mais frequentes. Assim como os Cirurgiões-Dentistas clínicos, os gerentes parecem subestimar a realização de exames complementares para o correto diagnóstico.

**Quadro 4:** Unidades de texto encontradas nos discursos dos Gestores sobre fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal, segundo racionalidade clínica.

Análise dos discursos dos gestores segundo Racionalidade Clínica						
Pensamento	Diagnóstico		Exames Complementares		Tratamento	
	Palavras	Frequência	Palavra	Frequência	Palavra	Frequência
Avançado	Autoexame		Registro de exames		TFD	
	Anamnese		Histopatológico		Radioterapia	
	Intervenção		Exames por imagem		Quimioterapia	1
	Prevenção do Câncer		Punção		Atenção Terciária	4
	Leucoplasia		Exames	2	Cuidados paliativos	
	Eritroplasia					
	Carcinoma de mucosa bucal					
Intermediário	Controle do câncer		Análise		Acompanhamento	3
	Patologia		Raio-X		Visitas	
	Complicações bucais		Laboratório		Cirurgia	1
	Biópsia	3			Evolução	1
	Deteção				Observação	
	Lesão Cancerígena					
	Câncer de boca					
	Lesões/lesões suspeitas	4				
	Diagnosticar	4				
	Paciente	1				
Incipiente	Exame de lábio					
	Fibromazinho/ Manchinha/ferida		Peça/Pecinha		Retirar	
	Inchaço		Coleta		Profissional*	
	Manchinha		Pedido		Operação	1
	Pré-câncer		Material		Dignidade para paciente	
	Vermelhidão		Prescrição		Tratar	3
	Ferida					
	Identificar	2				

**Fonte:** Pesquisa direta.

*\*Palavras que se encaixam em diferentes categorias segundo o seu sentido no discurso.*

### 3. Resultados e discussão

Com as UTs sob quantificação relativa, o conteúdo do discurso dos cirurgiões-dentistas pode ser analisado em uma perspectiva comparativa entre suas dimensões (componentes ou categorias) e módulos de pensamento (conforme referencial de codificação) dentro de uma mesma racionalidade, como também para comparação entre a ‘racionalidade gerencial’ e a ‘racionalidade clínica’ entre os mesmos profissionais e entre profissionais diferentes conforme pode ser observado na tabela 1.

**Tabela 1.** Análise comparativa entre os discursos dos gerentes e cirurgiões-dentistas, segundo racionalidade clínica e gerencial, sobre o fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal. Arcoverde – PE, 2015.

Racionalidade Gerencial						Racionalidade Clínica									
Categoria	Módulo	Cirurgiões-Dentistas				Gerentes				Cirurgiões-Dentistas				Gerentes	
		Unidade de Texto		Unidade de Texto		Unidade de Texto		Unidade de Texto		Unidade de Texto		Unidade de Texto			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Atenção Básica	Avançado	7	100,0	7	70,0	Diagnóstico	Avançado	1	2,4	0	0,0				
	Intermediário	0	0,0	1	10,0		Intermediário	40	97,5	12	85,7				
	Incipiente	0	0,0	2	20,0		Incipiente	0	0,0	2	12,2				
Total		7	6,1	10	29,4	Total		41	61,1	14	46,6				
Fluxo Assistencial	Avançado	9	15,7	1	6,2	Exames Complementares	Avançado	0	0,0	2	100,0				
	Intermediário	7	12,2	5	31,2		Intermediário	1	20,0	0	0,0				
	Incipiente	41	71,9	10	62,5		Incipiente	4	80,0	0	0,0				
Total		57	50,0	16	47,1	Total		5	7,4	2	6,6				
Atenção Secundária	Avançado	12	24,0	6	75,0	Tratamento	Avançado	16	78,1	5	35,7				
	Intermediário	0	0,0	0	0,0		Intermediário	3	14,2	5	35,7				
	Incipiente	38	76,0	2	25,0		Incipiente	2	9,5	4	28,5				
Total		50	43,8	8	23,6	Total		21	31,3	14	46,6				
TOTAL		114	100,0	34	100,0	TOTAL		67	100,0	30	100,0				

**Fonte:** Pesquisa direta.

Os dados sugerem que os CDs clínicos tendem a achar que a Atenção Secundária é o melhor local para o diagnóstico, subestimando a Atenção Básica. Isso pode ser visto na tabela de análise comparativa onde a categoria Atenção Secundária foi mais frequente (43,8%) do que a Atenção Básica (6,1%). É possível supor que a Atenção Secundária ganha ênfase devido à formação biomédica dos Cirurgiões-dentistas voltada para especialidades. Muitos cursos de graduação reduzem conteúdos e deixam conhecimentos fundamentais para os cursos de especialização com a justificativa de que os graduados devem ser bons generalistas (Narvai, 2003). O autor complementa que a justificativa tende a recair no argumento de que *“você precisam ser bons clínicos gerais, pois é disso que o Brasil precisa”*. Segundo o autor, isso é inaceitável.

Os gerentes dominam mais o conteúdo sobre Atenção Básica que os CDs clínicos, o que pode ser visto na comparação com CDs (6,1%) e Gerentes (29,4%). Apesar da pouca frequência (6,1%), os CDs têm um discurso mais elaborado em relação à Atenção Básica (100% Avançado). Uma hipótese para essa contradição é que apesar da formação biomédica eles aprendem na prática diária o funcionamento da Atenção Básica (Souza & Nunes, 2014). Mesmo afirmando que os profissionais não conhecem as DCNs, a prática clínica diária ensina preceitos importantes para a vivência na Atenção Básica. Esta prática cotidiana apresenta características essenciais na formação em Odontologia como, por exemplo, serem generalistas, humanizados, comprometidos, responsáveis com o cuidar do outro, holísticos, com conceitos integrais de saúde, com foco na prevenção (Souza & Nunes, 2013).

Apesar da maior frequência da categoria Fluxo Assistencial para os Dentistas (50%) do que nos Gerentes (47,1%), o discurso entre ambos é bastante incipiente – CDs (71,9%), Gerentes (62,5%). Os CDs veem o fluxo como a mera ida de pacientes a Atenção Secundária e o seu retorno para a Atenção Básica, faltando uma elaboração maior do discurso.

Os discursos dos CDs na categoria Atenção Secundária foram mais frequentes no módulo incipiente (76%) em detrimento do módulo Avançado (24%), enquanto os gerentes tiveram um discurso ao contrário, 75% avançado e 25% incipiente. A principal hipótese para esse achado repousa no fato de que os CDs não conseguem ter uma visão sistêmica de interdependência entre as atenções, tendem a ver o fluxo como uma ação burocrática. O dentista da Atenção Básica é responsável pela coordenação do cuidado e essa ausência da visão sistêmica compromete a regulação assistencial. Isso demonstra o quanto os Dentistas ainda precisam conhecer a regulação como tarefa gerencial que está sob sua coordenação, devendo ser monitorada. O modelo vigente de formação profissional concentrado na formação clínica voltada às ciências biomédicas e o componente social deslocado para a periferia poderia explicar isto. Essa formação profissional biologicista, individual e autônoma dos dentistas influi no processo de trabalho destes, isolando-os (Farias & Sampaio, 2011), e, conforme a pesquisa, desresponsabilizando-se de tarefas gerenciais.

No discurso quanto à racionalidade clínica foi mais frequente a categoria Diagnóstico (61,1%) para Dentistas e Diagnóstico (46,6%) e Tratamento (46,6%) para gerentes. A formação odontológica, focada na doença e diagnóstico, confere ao profissional uma prática voltada a estes e que, claramente, refletem o poder do profissional em seu locus ocasionando uma prática curativista, como muitos dentistas desenvolvem na ESF, sem dar ênfase à promoção e prevenção.

Os gerentes compreendem melhor a racionalidade clínica dando a mesma importância para Diagnóstico (46,6%) e Tratamento (46,6%). Os gerentes estão mais atentos com o todo o sistema desde a chegada do paciente até a resolubilidade do caso, dando igual importância ao diagnóstico da doença como seu tratamento. Esses dados corroboram com Pimentel (2010) que afirmam que os gerentes possuem uma visão de saúde mais ampla.

Na categoria Diagnóstico, o discurso tanto de Cirurgiões-dentistas quanto de Gerentes foi mais frequente no módulo Intermediário 97,5% e 85,7%, respectivamente.

A categoria Exames Complementares, a menos frequente das categorias, Cirurgiões-dentistas (7,4%), gerentes (6,6%). O discurso dos Cirurgiões-dentistas foi incipiente (80%) e dos gerentes Avançado (100%). Os gerentes compreendem melhor o fluxo do funcionamento do serviço para a realização de Exames Complementares, enquanto os CDs estão centrados no consultório não valorizando esse fluxo. Devido à dificuldade de acesso a exames complementares no serviço público, os mesmos são subestimados.

Quanto ao Tratamento, os CDs apresentaram um discurso Avançado (76,1%), enquanto os gerentes transitaram entre Avançado (35,7%), Intermediário (35,7%) e Incipientes (28,5%). Infere-se que os CDs têm mais segurança ao falar dos tratamentos, pois possuem uma racionalidade clínica predominante. Os gerentes entendem o tratamento de forma mais gerencial mas percebe-se evolução nos discursos sugerindo uma tentativa de resolubilidade para um problema instaurado.

A análise comparativa geral mostra uma alta frequência da racionalidade gerencial nos discursos dos CDs sugere um avanço e uma elaboração do discurso mesmo com a frequência do módulo incipiente evidente, confirmando o relato de Souza Filho (2013)

que afirma um déficit nos componentes da saúde coletiva durante a graduação e só vieram suprir esse déficit após a participação em cursos de capacitação.

Espera-se que o gerente transite bem pelas realidades gerenciais e clínicas e isto ficou evidenciado pelo equilíbrio nas racionalidades gerencial e clínica dos discursos e, mesmo com a diversidade de módulo, um predomínio do “avançado”.

Isto pode ser justificado pelo que Penna (2004) sugere que o modo de trabalho da gerência vem sendo modificado desde a implantação do SUS, ampliando as atividades dos gerentes no seu cotidiano com uma descentralização na tomada de decisões o que aumentou as responsabilidades do profissional e permitiu uma maior aproximação com os usuários.

#### **4. Considerações finais**

Identificou-se que Gerentes e Cirurgiões-dentistas compreendem a referência dos usuários, porém cirurgiões-dentistas não estão seguros dos casos a serem referenciados para atenção secundária e desatentos à continuidade do processo. Os gerentes demonstram uma maior segurança quanto aos seus discursos, porém com ênfase no modelo biomédico pelo qual foram formados.

Os gerentes possuem um discurso equilibrado entre as racionalidades gerencial e clínica, conseguindo transitar bem entre essas com uma diversidade que parece ser compatível com suas atribuições de gerenciamento do fluxo.

Os discursos dos cirurgiões-dentistas tiveram grande frequência da racionalidade clínica que, apesar do discurso menos elaborado, é um avanço considerável nas compreensões sobre regulação assistencial. Gerentes e cirurgiões-dentistas compreendem o fluxo assistencial, com algumas ressalvas. A análise de conteúdo frequencial lexical destes discursos permitiu essa comparação com maior precisão.

#### **Agradecimentos**

À aluna Marcia Rosana Farias de Oliveira Alencar Vidal pela coleta dos dados e ao aluno Fernando Flávio Souza Vaz pela primeira sistematização dos dados.

#### **5. Referências**

Alves, M., Penna, C. M. de M., & Brito, M. J. M. (2004). Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(4), 441–446.  
<https://doi.org/10.1590/s0034-71672004000400011>

Bauer, M. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. *Pesquisa Qualitativa Com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático*, 189–217.  
<https://pt.scribd.com/document/356552168/Bauer-Analise-de-Conteudo-Classica-Uma-Revisao>

Brasil. (2008). Portaria GM no. 1.559, de 1º de agosto.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)

- Britten, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde (3ª ed.)*. Artmed.
- Farias, M. R. de, & Sampaio, J. J. C. (2011). Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 59(1), 109–115.
- Souza Filho, N., Motitz, G., & Sabino, M. (2013). O Impacto da Atuação do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde (SUS). 12, 136–153.
- Flick, U. (2009). Entrevistas. *Introdução a Pesquisa Qualitativa (3ª ed.)*. Artmed.
- Fontanella, B. J. B., & Magdaleno Júnior, R. (2012). Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia Em Estudo*, 17(1), 63–71.  
<https://doi.org/10.1590/s1413-73722012000100008>
- Gaskell, G. (2010). Entrevistas individuais e grupais. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – Um manual prático (8ª ed.)*. Vozes.
- Krippendorff, K. (1980). On the Reliability of Unitizing Continuous Data. *Sociological Methodology*, 25, 47–76. <https://doi.org/10.2307/271061>
- Lenzi, T. L., Rocha, R. de O., Dotto, P. P., & Raggio, D. P. (2010). Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. *Stomatos*, 16(30), 58–64.
- Magalhães Jr. HM (2002). *Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade*. Pensar BH – política social.
- Narvai, P. C. (2003). Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização*. São Paulo: Artes Médicas.
- Penna, C. M. de M., Alves, M., Brito, M. J. M., Abreu, T. de, & Soares, C. E. (2004). O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 8(4). <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/705>
- Pimentel, F. C., Martelli, P. J. de L., Araújo Junior, J. L. do A. C. de, Acioli, R. M. L., & Macedo, C. L. S. V. (2010). Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(4), 2189–2196.
- Prefeitura Municipal de Arcoverde. (n.d.). Acesso em 21 de janeiro de 2013.  
<https://www.arcoverde.pe.gov.br/index->
- SESAU. (2013). Secretaria do Estado de Saúde de Alagoas. Superintendência de Gestão e Participação Social. *Resumo do processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização da Saúde - PDR*. Acesso em 25 de janeiro de 2013.  
[www.saude.al.gov.br/sites/default/files/pdri-\\_nota\\_tecnica\\_-revisao\\_alagoas\\_0.pdf](http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/pdri-_nota_tecnica_-revisao_alagoas_0.pdf)
- Solla, J., & Chioro, A. (2008). Atenção ambulatorial especializada. In Giovanella L. et al (orgs). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Fiocruz. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2013000700022>
- Sousa, D. P. de, & Nunes, M. (2014). *Preceptoria em saúde bucal na atenção básica no município de Goiânia sob a perspectiva do preceptor* [Dissertação de Mestrado]

Profissional em Ensino na Saúde]. Universidade Federal de Goiás.  
<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3842>

Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(4), 821–828.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>

Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação*. Atlas. <https://doi.org/10.33081/formação.v1i20.2335>

Turato, E. R. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Vozes.

Witt, R. R. (1992). Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. *Rev Gaúcha Enf*, 13(1), 19–23.