

# *Material e Métodos*

---

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 Delineamento da pesquisa

De acordo com Rothman e Greenland (1998), este estudo é do tipo indivíduo-observo-seccional. Para esses autores, estudos seccionais ou de corte transversal são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado, sendo útil para a realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde. Salomon (1996) classifica-a como pesquisa exploratória e descritiva que tem por objetivo definir melhor o problema, proporcionar as chamadas intuições de solução, descrever comportamentos de fenômenos, definir e classificar fatos e variáveis (SALOMON, 1996; TOBAR; YALOUR, 2001).

O objetivo principal dos estudos descritivos é gerar novas hipóteses, que deverão ser avaliadas por futuros trabalhos, utilizando metodologias apropriadas para cada idealização. Assim, num estudo descritivo, transversal, exploratório, não é válido testar hipóteses, exceto as verificações sobre independência de variáveis (ROTHMAN; GREENAND, 1998).

As unidades de observação do estudo – *voluntárias* – foram constituídas pelos casos de aids, por transmissão vertical, que participavam das sessões de acompanhamento, na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), entre maio e outubro de 2005, caracterizando uma amostra de conveniência. A UETDI atendeu, neste período de 2005, segundo informações da Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP), 165 crianças com até 13 anos de idade, portadoras do HIV+. Entretanto, no presente estudo, foram abordadas as responsáveis pelas crianças, mães ou cuidadoras (mães/cuidadoras),

Foram consideradas para entrevista 50 mães/cuidadoras, de crianças entre 06 meses e 8 anos de idade, com mais de 18 anos de idade, que faziam o acompanhamento na UETDI, sendo que, várias delas acompanhavam mais de uma criança.

Foram excluídas da amostra do estudo as mães/cuidadoras, com idade inferior à de 18 anos, ou que escolhessem não participar da pesquisa, mesmo após terem assinado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sem qualquer prejuízo; mães/cuidadoras que apresentassem quaisquer distúrbios de memória, ou de falta de clareza e discernimento de fatos, ou de incoerência de informações, ou em estado emocional extremamente alterado, que fossem detectados durante a entrevista, e que inviabilizasse o informante. Também foram desconsideradas nesse estudo as cuidadoras de crianças de casa de apoio.

#### **4.2 Critérios éticos**

Em observância à legislação 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que regulamenta a pesquisa em seres humanos, encaminhou-se o protocolo da pesquisa ao comitê de ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com vistas à sua aprovação (Anexo A).

Como parte da documentação prevista na legislação, elaborou-se o “Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa” e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice A) que, em linguagem clara e de fácil entendimento, forneciam informações às mães/cuidadoras sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos, desconfortos e benefícios, bem como garantia do anonimato, o caráter sigiloso e o desejo ou não de participarem.

### 4.3 Observação de campo

A observação de campo foi feita previamente à construção do questionário a ser aplicado, visando um primeiro contato com o Grupo de Apoio Multidisciplinar (GAM) da UETDI HCFMRP-USP, o que conseqüentemente facilitou a aproximação e conhecimento do ambiente familiar das crianças que fazem o acompanhamento nesta unidade.

Tal etapa se deu com a participação nos ambulatórios de atendimento e em reuniões semanais em que eram discutidos individualmente os casos das crianças, levando em consideração aspectos clínicos, psicológicos e familiares.

A princípio, pretendia-se entrevistar apenas mães, o que com o tempo observou-se que limitaria a amostra, pois muitas das crianças não tinham as mães como acompanhantes. Tal fato conduziu à opção por entrevistar mães e cuidadoras.

Como a pesquisa seria realizada no dia de ambulatório destas crianças, observou-se que seriam feitas poucas entrevistas por dia, com necessidade de encaixá-las entre os outros atendimentos, o que levou a estimar um tempo de coleta de dados um pouco maior do que o imaginado.

A falta de recursos financeiros relatados pelas mães/cuidadoras, para a compra de escova dental, contribuiu para burcar uma forma de amenizar tal problema. Procurou-se o apoio da Colgate, a qual nos patrocinou com o envio de escovas dentárias para as mães e Kits odontológicos de prevenção para as crianças.

Assim, depois de um período aproximado de seis meses participando das reuniões e dos ambulatórios, observaram-se os principais problemas que acometem esta população, considerando a criança e sua família, buscando uma melhor maneira para abordar as perguntas no questionário.

Pode-se também, identificar os principais problemas relacionados à aplicação do questionário e estimar o tempo gasto com a coleta de dados.

#### **4.4 Instrumentos de coleta de dados**

A entrevista foi estruturada e um questionário foi aplicado como instrumento de coleta de dados, contendo questões abertas e fechadas, buscando caracterizar os fatores relacionados ao estilo de vida, pela caracterização sócio-econômica; fatores relacionados ao meio ambiente (social), que se referem aos eventos externos ao corpo, sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle, como a discriminação, o acesso dificultado aos serviços etc; fatores relacionados ao hospedeiro, como o estado emocional da mãe em relação ao enfrentamento do HIV+, suas percepções individuais acerca da importância da saúde bucal, motivação para cuidados com saúde bucal, hábitos de saúde, valores etc; fatores relacionados aos serviços de saúde, estrutura de atendimento.

Foram consideradas três escalas de medidas: WHOQoL-bref, Critério de Classificação Econômica Brasil e “Escala Odontológica”.

##### **4.4.1 Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**

Buscando unificar um critério de avaliação econômica do consumidor brasileiro, as associações ABA, ANEP e ABIPEME trabalharam, desde 1996, na busca de uma alternativa que incorporasse, ao mesmo tempo, as experiências e dados anteriores com as propostas de atualização, levando-se em consideração as realidades do mercado contemporâneo. Este novo sistema, batizado de Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo B), enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais (CCEB, 1996).

Esta nova divisão de mercado é, exclusivamente, de classes econômicas. O novo critério mantém a pontuação a partir de itens de posse, mas optou-se por considerar apenas os mais significativos. Dessa forma, itens como telefone celular e TV a cabo, por exemplo, apesar de, simbolicamente, representar modernidade, não foram considerados por não oferecer índice discriminador real na base total da população.

Considerando os itens de consumo, grau de instrução do chefe da família e presença de empregada mensalista, foi obtida uma distribuição de pontos que permitiu dividir a população brasileira em cinco classes econômicas, ou seja, cinco grupos com poder de compra diferenciado. Foi feita, ainda, uma subdivisão nas duas classes superiores, chegando-se a um total de 7 segmentos de renda e poder de compra, conforme pode ser observado a seguir (tabela 1):

**Tabela 1** – Classificação dos escores obtidos pelo questionário do Critério-Brasil

<b>CLASSE</b>	<b>PONTOS</b>	<b>TOTAL BRASIL(%)</b>
<b>A1</b>	30-34	1
<b>A2</b>	25-29	5
<b>B1</b>	21-24	9
<b>B2</b>	17-20	14
<b>C</b>	11-16	36
<b>D</b>	6-10	31
<b>E</b>	0-5	4

Fonte: ANEP, 2000.

De qualquer forma, é importante notar mais uma vez que o CCEB não estabelece diferenças ou classificações psicográficas ou culturais, pois tem características exclusivamente econômicas. Usando-se técnicas e cálculos adequados, é possível estabelecer um parâmetro confiável de renda familiar de cada classe, tanto em termos de faixa de renda como de renda média (tabela 2).

**Tabela 2** – Classificação dos escores obtidos pelo questionário do Critério-Brasil em termos de faixa de renda

<b>CLASSE</b>	<b>PONTOS</b>	<b>FAIXA DE RENDA</b>
<b>A1</b>	30-34	R\$ 5.555 ou +
<b>A2</b>	25-29	R\$ 2.944 a R\$ 5.554
<b>B1</b>	21-24	R\$ 1.771 a R\$ 2.943
<b>B2</b>	17-20	R\$ 1.065 a R\$ 1.770
<b>C</b>	11-16	R\$ 497 a R\$ 1.064
<b>D</b>	6-10	R\$ 263 a R\$ 496
<b>E</b>	0-5	até R\$ 262

Fonte: ANEP, 2000.

O CCEB está sendo utilizado pela ABA, ANEP e ABIPEME desde 1 de agosto de 1997, com a recomendação expressa aos associados para que o utilizem. Entre os próximos passos para a melhora e atualização contínua do CCEB, as três entidades devem fazer um acompanhamento permanente do critério e fazer estudos de avaliação a cada 2 anos. (CCEB, 1996).

#### **4.4.2 Avaliação da qualidade de vida - “WHOQOL bref”**

Da análise bibliográfica consultada e tendo em vista a necessidade de um instrumento já traduzido e validado, levou-nos a optar em utilizar a versão em português do instrumento de avaliação de QV, o WHOQoL-bref (Anexo C).

Assim, as questões relacionadas à qualidade de vida das mães foram medidas através da escala WHOQoL-bref, que se baseiam em uma escala de respostas do tipo Likert, adotando uma resposta ordinal, de acordo com o conteúdo da questão. Segundo Fleck et al. (2000), o WHOQoL-bref surgiu em resposta à necessidade de instrumentos resumidos que demandassem pouco tempo para seu preenchimento, mas que mantivessem características psicométricas satisfatórias. Assim, o grupo designado pra estudar qualidade de vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada do WHOQoL-100, que

foi denominado de WHOQoL-bref. O instrumento inicialmente elaborado, o WHOQoL-100, é composto por 100 perguntas que se referem a 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade. O WHOQoL-bref é composto por 26 perguntas, extraídas do instrumento anterior, e os quais, por sua vez, referem-se a quatro domínios que, dentre outros aspectos, avaliam:

- . **Físico:** mobilidade, energia, fadiga e capacidade de trabalho;
- . **Psicológico:** auto-estima, sentimentos positivos e negativos;
- . **Relações Sociais:** atividade sexual, relações pessoais e suporte social; e
- . **Meio-ambiente:** recursos financeiros; ambiente no lar, cuidados de saúde e sociais.

Os domínios físico e psicológico englobaram, respectivamente, os domínios restantes: nível de independência e espiritualidade, inseridos na versão completa. Os domínios são constituídos pelas mesmas 24 facetas do formato original, avaliadas, no entanto, por questões únicas, além de duas perguntas de avaliação geral sobre qualidade de vida. Os dados que deram origem ao WHOQoL-bref foram extraídos do teste de campo de 20 centros, em 18 países. No Brasil, esse instrumento foi validado no ano de 2000, por Fleck et al. Para o cálculo dos escores dos domínios, os índices das facetas componentes resumem os domínios aos quais pertencem. Tanto os domínios como a qualidade de vida geral, são mensurados em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

O algoritmo do cálculo dos escores do WHOQoL-bref é apresentado no Apêndice B, adaptado para o STATA<sup>®</sup>.

#### 4.4.3 “Escala Odontológica”

A “Escala Odontológica” (Apêndice C) consistiu-se de uma construção particular para a análise das respostas deste estudo, que foi obtida de maneira semelhante à do WHOQoL-Bref e do Critério-Brasil, criando um indicador composto.



Assim questões relacionadas à promoção de saúde, percepção, conhecimento, hábitos, cuidados que as mães/cuidadoras tinham em relação à saúde bucal das crianças foram medidas através da escala “Escala Odontológica”. Esta Escala se baseia em perguntas fechadas (sim/não) que foram codificadas com valores numéricos, sendo não=0 e sim=1.

A “Escala Odontológica” foi composta por 21 perguntas extraídas do questionário construído para este estudo, as quais, por sua vez, referem-se a três domínios que, dentre outros aspectos, avaliam:

- . **Percepção:** grau de importância dada à saúde bucal, conhecimento;
- . **Cuidados:** cuidados com a higiene bucal; e
- . **Promoção:** fatores relacionados à promoção de saúde bucal.

Questões como dificuldade de conseguir atendimento odontológico, achar o atendimento odontológico diferente, sentir-se rejeitado ou maltratado no tratamento e ter o atendimento negativo, foram referidas neste estudo, como inequidade do serviço e, abordadas separadamente da escala, pois estavam condicionadas à uma pergunta do questionário: “A criança já foi levada ao dentista?” e, a resposta negativa para esta questão implicaria na impossibilidade de avaliar a inequidade do serviço como domínio. Tanto os domínios, como a saúde bucal em geral, foram mensurados em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor saúde bucal.

Vale ressaltar a recomendação de novos estudos para a atualização e melhora da “Escala Odontológica”, visto que, constituindo um indicador composto pode ser de grande utilidade para a avaliação de questões odontológicas.

O Algoritmo da escala Odontológica é apresentado no Apêndice D.

#### **4.5 Análise estatística**

Por se tratar de um estudo exploratório, descritivo, foram utilizadas estatísticas descritivas, como a média dos valores numéricos dos domínios

do WHOQoL-bref, além de métodos exploratórios, como a análise multivariada de “*cluster*” (agrupamentos).

A estatística  $\alpha$ -Cronbach foi utilizada no estudo da consistência interna, para estudar as correlações entre cada variável (domínio ou instrumento) e os escores do WHOQoL-BREF, do Critério-Brasil e da “Escala Odontológica”. Cada domínio e cada instrumento foram avaliados separadamente (MOSER; KALTON, 1971).

As oito variáveis foram usadas na análise multivariada, através do método de Agrupamento Hierarquizado, usando a média das similaridades padronizadas, para gerar grupos de informantes semelhantes (*clusters*), cujos resultados foram ilustrados por dendrogramas. Tal metodologia cria grupos, que podem ser considerados como uma construção abstrata, teórica, de classificação, advindas das correlações conjuntas existentes entre as respostas dos informantes (JOHNSON; WICHERN, 1992)

As sete variáveis quantitativas - menos as classes do Critério-Brasil - também foram estudadas pela estimativa do Coeficiente de Correlação de Pearson ( $\rho$ ) aos pares, para verificar a independência (DAWSON; TRAPP, 2001).