

Discussão

6. DISCUSSÃO

O questionário WHOQoL-bref foi avaliado, em sua consistência interna, pelo α -Cronbach e apresentou uma correlação estimada de 0,9101; o questionário “CCEB”, mostrou correlação estimada de 0,8027; e a Escala Odontológica, criada neste trabalho, apresentou correlação estimada de 0,6355. Esses valores permitem verificar a adequação dos instrumentos, validados (WHOQoL-bref e “CCEB”) e não-validados (“Escala Odontológica”), em sua utilização neste trabalho.

A “Escala Odontológica”, sendo uma construção particular no presente estudo, mostrou certa adequação, na criação de categorias que reflitam uma atitude relativa às dimensões odontológicas. Sugere-se que esta escala seja melhor abordada, através de uma escala Likert, com o propósito de se utilizarem questões definidas em um grupo focal, conseguindo perguntas mais adequadas para a abordagem da atitude pretendida: a odontológica. De uma maneira simplista, as questões utilizadas neste estudo, relativas aos domínios Percepção e Cuidados apresentaram correlações semelhantes aos dos domínios do WHOQoL-bref, em torno de 0,80 a 0,90, o que valida seu emprego. Entretanto o domínio Promoção não atingiu níveis de correlação compatíveis com os outros domínios do WHOQoL-bref, do “CCEB” e da própria “Escala Odontológica”. Assim, esta escala deve ser objeto de desenvolvimento, para que sua consistência interna seja melhorada e, seja capaz de medir os domínios referentes aos aspectos da percepção, dos cuidados, da promoção de saúde bucal, além de incorporar outras dimensões que não foram possíveis de serem abordadas neste trabalho.

Os coeficientes de correlação de Pearson, neste estudo, mostraram que houve correlação significativa entre os domínios do WHOQoL-bref: entre Físico e Psicológico, entre o Social e o Psicológico, entre o Psicológico e o Meio Ambiente. Tais dados evidenciam a interdependência entre os domínios do instrumento, e por conseqüência a confirmação de que

qualidade de vida está associada aos quatro domínios do instrumento (WHO, 1994). Observa-se que o domínio psicológico aparece com uma correlação significativa quando relacionado aos outros domínios, mostrando a importância do componente subjetivo na qualidade de vida. Como diz Meeberg (1993), o aspecto subjetivo na qualidade de vida é primordial, pois a percepção de satisfação pessoal é uma característica intrínseca, porém o componente objetivo está sempre presente.

A análise de cluster, usando os domínios do WHOQoL-bref, gerou três grupos distintos, sendo um deles composto apenas por um integrante, que foi deixado à parte na análise descritiva dos outros dois grupos. Observou-se que o grupo “W_B” apresentou melhores condições de qualidade de vida, dado que os valores numéricos médios encontrados foram maiores que os do grupo “W_A”, neste estudo. O grupo “W_B” apresentou menos indivíduos da classe “D+E”; além disso, o grupo “W_B” também apresentou os maiores valores numéricos médios, para o “CCEB” e para os domínios da “Escala Odontológica”. Verificou-se que houve associação entre o tipo de residência e os grupos (“W_A” e “W_B”), sugerindo que a qualidade de vida está vinculada ao tipo de residência. Isso pode implicar em que os indivíduos que têm casa própria apresentam melhores níveis de qualidade de vida, talvez por terem uma sensação de segurança econômica maior que os outros, por dependerem do contrato de aluguel ou da solidariedade em conceder uma moradia, para sua habitação.

Os resultados do estudo de correlação entre os escores do “CCEB” e os valores dos domínios de Percepção e de Cuidados, da “Escala Odontológica”, mostraram uma interdependência, que pode justificar o fato de que quanto maior o nível socioeconômico maior será sua influência sobre esses domínios, lembrando que o tipo de residência está diretamente vinculado ao poder aquisitivo do indivíduo e isso pode ser traduzido em um maior sentimento de segurança.

O grupo “W_B”, que apresentou os melhores níveis de qualidade de vida, também relatou ter menos dificuldade no atendimento odontológico quando respondeu à pergunta “*você acha que o atendimento foi diferente?*”.

As pessoas com melhores condições de vida podem buscar atendimento diferenciado, dada uma provável condição econômica mais favorável e por uma melhor condição educativa, que influenciam na percepção. O contrário também parece verdadeiro, ou seja, os indivíduos com menores níveis de qualidade de vida mostraram maior dificuldade no atendimento odontológico.

No que se refere à análise de cluster dos domínios da “Escala Odontológica”, seis grupos foram definidos, sendo que quatro deles foram usados para a análise descritiva dos dados. Nos agrupamentos, observou-se que os grupos “EO_B” e “EO_C”, apresentaram os maiores valores numéricos em relação à satisfação com a saúde. Tais grupos também apresentaram maiores valores no que diz respeito a algumas das forças motivadoras que os levaram a procurar orientações ou atendimento odontológico. Estes fatos nos levam novamente ao encontro de definições de Meeberg (1993), onde satisfação resulta em qualidade de vida, assim como felicidade e bem estar. A implicação de que o estado de “bem estar”, de satisfação, pode influenciar na qualidade de vida e, esta na percepção dos indivíduos na busca de benefícios para a saúde torna-se um componente sempre presente.

Ainda em relação à percepção, da necessidade de receber cuidados odontológicos, sejam eles preventivos ou curativos, verificou-se que a maioria das crianças já havia sido levada ao cirurgião-dentista (62,50%), sendo que o grupo “EO_C” apresentou o maior valor numérico (100%). Considerando que este grupo também apresentou maiores valores relativos à satisfação, por conseguinte, melhor qualidade de vida, evidencia-se a importância da qualidade de vida neste aspecto. Destaca-se no nosso estudo, por se tratar de indivíduos portadores do HIV deve-se considerar o cotidiano vivido pela família, o impacto de uma doença como a aids na vida dos indivíduos como fatores que podem mudar comportamento e alterar percepção. Diante das diversidades de problemas ocasionados em todos os aspectos da vida, a saúde bucal pode não ser avaliada com importância adequada. Assim, os grupos que se mostraram mais satisfeitos com a saúde tiveram maiores valores numéricos em relação à importância e a procura pelo atendimento odontológico. Sugere-se, em concordância com o estudo

de Prebianchi (2003), que as medidas de qualidade de vida das mães, podem ser utilizadas como medidas auxiliares para identificar e priorizar problemas, facilitar a comunicação entre profissionais de equipes multidisciplinares, facilitar a tomada de decisão compartilhada pelo clínico e pelo paciente, e monitorar as mudanças ou respostas ao tratamento.

Nos agrupamentos da “Escala Odontológica”, quando se observa a orientação referente às manifestações bucais decorrentes da doença e sobre o potencial cariogênico dos medicamentos, tem-se um baixo valor numérico referente aos grupos que recebem este tipo de informação. Destaca-se que tanto as orientações sobre as manifestações bucais decorrentes da doença quanto o potencial cariogênico dos medicamentos tiveram valores numéricos maiores no grupo “EO_C”. Como tal grupo sempre apresentou maiores valores numéricos relacionados à qualidade de vida, pode-se inferir que, as pessoas mais satisfeitas com a própria saúde, com melhor qualidade de vida, tendem a buscar mais informações sobre os seus problemas, sobre como evitá-los, resultando em benefícios para a sua saúde.

A ausência de informações encontradas neste estudo, também podem estar associadas à falta de um profissional responsável pela saúde bucal das crianças HIV+ atendidas na UETDI do HCFMRP/USP, que é um centro de referência para pacientes HIV+ da região de Ribeirão Preto. Esta unidade do HCFMRP possui um grupo de apoio multiprofissional responsável pela saúde das crianças HIV+. No entanto, nota-se nesta equipe, a ausência de um profissional responsável pela saúde bucal, o que pode se constituir em uma das explicações, para a ausência de informações referentes à cárie e se reverter no acúmulo de necessidades bucais relatados pela equipe e pelas mães/cuidadoras das crianças. Faz-se necessário evidenciar a abertura de possibilidades para uma visão multidisciplinar, onde o odontólogo possa estar inserido como os demais profissionais de saúde. Ribeiro (2000) ressalta a necessidade de desenvolvimento de programas de promoção de saúde, sendo estes baseados em educação e motivação para um adequado controle mecânico

de biofilme, contribuindo para uma melhora nas condições bucais desta população. As doenças bucais são preveníveis e não precisam agravar o estado de saúde de pacientes que já possuem outras preocupações vitais.

Na descrição das mães que já procuraram o atendimento odontológico para os seus filhos, nosso estudo observou que a maioria não apresentou dificuldade em conseguí-lo após revelar seu estado de soropositividade. Destaca-se que esta dificuldade existiu (31,25%), sendo relatada também por outros estudos. Segundo a pesquisa de Lopes et al., (1998), muitos profissionais criam situações que impedem o início, ou a continuidade do tratamento, ou encaminham o paciente para outro profissional, sem motivo justificável, mencionando orçamento com valores aviltantes para inviabilizar o atendimento.

Sugere-se que esta dificuldade em conseguir atendimento seja motivo de muitos pacientes omitirem o seu estado imunológico para o cirurgião-dentista. Outros estudos também observaram que muitos pacientes passaram a não revelar seu estado sorológico, a fim de obter tratamento indiscriminado (SOUZA et al.,1997). Em nosso estudo uma pequena porcentagem não revelou ser portador do HIV ao dentista por estes motivos.

Outro fator a ser considerado refere-se à questão do próprio respeito ao indivíduo infectado que, numa fase da vida em que pode se apresentar física e psicologicamente abalado, merece um atendimento digno, onde deve imperar a empatia e a solidariedade. Foi observado que a maioria dos responsáveis que levaram a criança ao cirurgião-dentista e que revelaram o seu estado de soropositividade, não notaram atitudes diferentes do cirurgião-dentista em relação ao atendimento. Grande parte das entrevistadas achou que os profissionais reagiram bem.

Uma pequena parcela teve o atendimento realmente negado após revelarem seu estado de imunodeficiência. O principal motivo alegado foi que os pacientes deveriam ser atendidos por especialistas. Já Lopes et al. (1998), em seu estudo verificaram que a maioria que revelou seu estado de soropositividade ao cirurgião-dentista, teve o tratamento negado. Sugere-se que tal diferença de resultados nos estudos se deva a uma maior

conscientização por parte dos profissionais com o decorrer do tempo, nos levando a uma esperança de que no futuro, o atendimento odontológico, não seja motivo de preocupação para o paciente HIV+.

Destaca-se a necessidade de desenvolvimento de novos estudos a fim de obter os reais motivos que levam os cirurgiões dentistas a terem este tipo de comportamento. O que nos chama a atenção, é que sob a óptica da biossegurança, todo indivíduo deve ser tratado como portador de algum agente etiológico transmissível, conhecido ou desconhecido, especialmente no caso do HIV, por haver a tal “janela de infectividade”, que representa o período em que não se detecta a infecção, mesmo pelos exames laboratoriais mais modernos. O protocolo de biossegurança, para atendimento em consultórios odontológicos, foi aperfeiçoado ao longo dos anos e tem demonstrado ser eficaz contra a transmissão do HIV. No entanto, Vilaça (1999) em seu estudo, confirmou o fato de que, o grau de conhecimento relativo à infecção pelo HIV ou aids não influenciou a disposição para atender crianças e adolescentes HIV soropositivos. Embora exista maior esclarecimento sobre as formas seguras de atendimento, o medo da doença ainda persiste entre os profissionais.