



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Centro de Ciências da Saúde

MESTRADO ACADÊMICO DE SAÚDE PÚBLICA

Silvana Maria Coelho Pimentel

**NÍVEL DE LETRAMENTO E DESEMPENHO DE
CUIDADORES PARA RESPONDER UMA ESCALA PARA
MEDIR QUALIDADE DE VIDA**

FORTALEZA - CEARÁ

2008

Universidade Estadual do Ceará
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Silvana Maria Coelho Pimentel

**NÍVEL DE LETRAMENTO E DESEMPENHO DE CUIDADORES PARA
RESPONDER UMA ESCALA PARA MEDIR QUALIDADE DE VIDA**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da
Universidade Estadual do Ceará como
requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde Pública.**

Orientadora: Prof: Dr. José Wellington de Oliveira Lima

**FORTALEZA - CEARÁ
2008**

Silvana Maria Coelho Pimentel

**Nível de Letramento e Desempenho de Cuidadores para
responder uma Escala para Medir Qualidade de Vida**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da
Universidade Estadual do Ceará como
requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde Pública.**

Defesa em: 23/04/2008

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Wellington de Oliveira Lima

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

Prof^a. Dra. Sandra Maia Farias Vasconcelos

DEDICATÓRIA

*A todos os brasileiros que padecem das desigualdades
sócioeconômicas e que, por isso, não conseguem, através das letras,
alcançar a cidadania plena.*

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, razão de toda a nossa existência aqui e depois.

Ao Prof. Dr. José Wellington de Oliveira Lima, meu orientador, principal responsável por este sonho ter se tornado realidade, por ter acreditado no meu potencial e pelas insistentes lições de amor à ciência e respeito ao ser humano.

À minha família, porto seguro nos momentos difíceis.

Aos meus filhos Davi, Edine e Andréia, molas propulsoras do meu coração.

Ao Edson, meu marido e companheiro, por mais estes dois anos compreendendo minhas ausências e atribulações.

Ao meu pai, meu grande referencial, meu grande incentivador, meu maior exemplo de trabalho honesto, privado de participar desta minha conquista por ter falecido dia 20 de janeiro de 2008, a minha eterna gratidão por tudo.

À minha mãe, pelo exemplo de integridade de vida, por sua alegria contagiante, pelo apoio constante na minha carreira e na minha vida.

Aos meus irmãos, sempre companheiros e amigos, pela cumplicidade de vida.

Aos professores do Curso do Mestrado de Saúde Pública da UECE, pela paciência, disponibilidade e dedicação.

Aos funcionários do Curso do Mestrado de Saúde Pública da UECE, por suas valiosas colaborações.

À Prof^a. Dra^a. Maria Salete Bessa Jorge, atual coordenadora do Curso do Mestrado de Saúde Pública da UECE, por sua total e ilimitada entrega pelo funcionamento e sucesso deste curso.

Aos colegas do curso, pela convivência sadia e construtiva.

Aos professores avaliadores, Prof. Dr.Álvaro Jorge e Prof^a. Dra. Sandra Maia pela atenção e profissionalismo.

Ao meu querido Hospital Infantil Albert Sabin, onde tudo começou, na figura das crianças, dos funcionários, dos atuais gestores e dos muitos outros que já passaram comigo por ali e dos tantos amigos de trabalho incondicionais que ganhei.

À minha amiga Aldênia, profissional da enfermagem, por sua contribuição indispensável na coleta de dados.

A todos aqueles que de alguma forma me incentivaram e que se alegram com a conclusão deste trabalho, meu MUITO OBRIGADA!

*“Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas. Pessoas
transformam o mundo.”*

Paulo Freire

RESUMO

PIMENTEL, S. M. C. Nível de Letramento e desempenho de cuidadores para responderem uma escala de qualidade de vida. 2008. (Dissertação) Mestrado Acadêmico de Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

A qualidade de vida de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar tem despertado interesse em pesquisadores brasileiros, que vêm utilizando instrumentos traduzidos e validados para avaliar esta patologia. O presente estudo teve como objetivo avaliar a viabilidade da aplicação destes instrumentos traduzidos a amostras de usuários do SUS, de baixa escolaridade, em função do letramento funcional. Foram abordados 94 participantes em um teste de leitura para verificar o nível de letramento, ao mesmo tempo, foi realizado teste e reteste com o instrumento OSA-6. Na avaliação do desempenho dos cuidadores no teste de letramento observou-se que apenas 12% deles responderam todas as questões corretamente. Uma proporção maior de cuidadores que tinham mais de 8 anos de escola responderem mais perguntas no teste de letramento. Nas duas aplicações da escala OSA-6 os cuidadores com menor escolaridade deixaram mais de responder alguns itens da escala que aqueles com mais de 8 anos de estudo. Avaliou-se ainda a relação entre desempenho no teste de leitura e a capacidade de preencher a escala. Tanto na primeira quanto na segunda aplicação a proporção de entrevistados que não respondeu alguns itens foi significativamente mais elevada no grupo que acertou menos perguntas.

Conclui-se que o instrumento não é adequado para ser preenchido por indivíduos de baixa escolaridade.

Palavras chaves: instrumento de qualidade de vida; hipertrofia adenotonsilar e qualidade de vida; letramento funcional.

ABSTRACT

PIMENTEL, S. M. C. Level Literacy and performance of caregivers respond to a scale of quality of life. 2008. (Dissertação) Mestrado Acadêmico de Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

Quality of life in children with adenotonsillar hypertrophy has drawn the attention of Brazilian researchers, who have been using translated forms to evaluate this disorder. The objective of this study is to assess the viability of the use of these translated forms by users of the Brazilian public health program (SUS), who have little schooling. 94 people took a reading test to verify their literacy; meanwhile they were tested and retested by the OSA-6 form. We concluded that the form is not appropriate to be filled in by people who have little schooling.

In assessing the performance of caregivers in the literacy test, it was observed that only 12% of them answered all questions correctly. A higher proportion of caregivers who had more than 8 years of school answering more questions in the test of literacy. In both applications of scale OSA-6 carers with less education have left more than answer some items of the scale for those with more than 8 years of schooling. It is further evaluated the relationship between performance on the test of reading and the ability to fill the scale. Both in the first as the second application the proportion of respondents who did not respond some items was significantly higher in the group that hit fewer questions.

It is concluded that the instrument is not suited to be filled by individuals with low education.

Key Words: instrument of quality of life; adenotonsillar hypertrophy and quality of life; functional literacy.

LISTA DE TABELA

TABELAS	Pág.
Tabela 1. Características de uma amostra de cuidadores (N=94) de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar e que participaram de um teste de letramento.	36
Tabela 2. Desempenho (Resposta Errada, Não Pertinente ou Correta) de uma amostra de cuidadores (N=94) de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar num teste de letramento.	37
Tabela 3. Desempenho (Resposta errada ou correta) de uma amostra de cuidadores (N=94) de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar num teste de letramento.	38
Tabela 4. Desempenho (Numero de respostas corretas) de uma amostra de cuidadores (N=94) de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar num teste de letramento.	39
Tabela 5. Desempenho de uma amostra de cuidadores de crianças portadoras (N=94) de hipertrofia adenotonsilar num teste de letramento, segundo os anos que freqüentou a escola	40
Tabela 6. Número de Respostas obtidas em cada item, em duas aplicações da Escala OSA-18 numa amostra (N=86 [✱]) de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar.	41
Tabela 7. Número de Itens Preenchidos na primeira aplicações da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, segundo os Anos de Escola.	42
Tabela 8. Número de Itens Preenchidos na segunda aplicações da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, segundo os Anos de Escola.	43
Tabela 9. Número de Itens Preenchidos na primeira aplicações da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, segundo o Desempenho no Teste de Letramento.	44
Tabela 10. Número de Itens Preenchidos na segunda aplicações da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, segundo o Desempenho no Teste de Letramento.	45
Tabela 11. Concordância entre as respostas obtidas em cada item, em duas aplicações da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar,	47

SUMÁRIO	Pag.
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Síndrome do Respirador Bucal.....	13
1.2 Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono.....	14
1.3 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida de crianças com hipertrofia adenotonsilar.....	15
1.4 Uso de Escalas e Escolaridade.....	17
1.5 Padronização da aplicação de instrumentos em pesquisa.....	18
1.6 Letramento Funcional e Avaliação	21
2 JUSTIFICATIVA.....	25
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo Geral	27
3.2 Objetivos Específicos.....	27
4 METODOLOGIA.....	29
4. 1 Seleção da Amostra.....	29
4. 2 Elaboração do Teste de Leitura.....	29
4. 3 Aplicação do Teste de Leitura.....	32
4. 4 Aplicação da Escala OSA-6.....	33
4.5 Correção do Teste de Leitura.....	33
4.6 Análise dos Dados.....	33
4.7 Aspectos éticos.....	34
5. RESULTADO.....	36
6. DISCUSSÃO.....	49
7. CONCLUSÃO.....	54
8. REFERÊNCIAS.....	56
9. ANEXOS.....	64

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Síndrome do Respirador Bucal

O homem foi programado para respirar pelo nariz, quando isso não acontece, substituindo o padrão correto de respiração nasal por um padrão de suplência bucal ou misto, acontecem alterações que comprometem seriamente a qualidade de vida da criança (Pro Homini, 2003). Quando o problema é transitório ou temporário (infecções, corpo estranho, abscessos) a respiração nasal se recupera sem nenhum prejuízo para o paciente, porém quando existem causas persistentes ou prolongadas instala-se a Síndrome do Respirador Bucal, podendo evoluir para complicações, que podem variar de grau leve até apnéia grave do sono com risco de vida. (Stool, 2000)

Os distúrbios do sono são muito comuns na criança, apresentando uma prevalência em torno de 11% (Serres, 2000) e têm como uma das principais causas a hipertrofia adenotonsilar (HAA) (Di Francesco, 2004). A apnéia obstrutiva do sono na criança, principal complicação da HAA pode trazer conseqüências graves para a criança, desde aspectos clínicos até prejuízo das funções cognitivas. (Cherwin, 2003).

A respiração oral é um dos sintomas mais freqüente na infância e pode ser devida a várias causas, fazendo-se necessário identifica-las e individualizá-las caso a caso (Di Francesco, 2004). Dentre as etiologias podem ser citadas a rinite alérgica, desvio septal, hipertrofia das adenóides, hipertrofia das adenóides e das tonsilas palatinas, esta última se revestindo da maior importância, pela sua alta incidência e por ser a causa mais freqüente de apnéia do sono na criança (Stewart, 2000).

A Síndrome do Respirador Bucal é determinada por alterações dos órgãos fonoarticulatórios devido à respiração predominantemente oral durante a infância e geralmente está associada a alterações do crescimento facial, alterações de dentes, da postura corporal, como também problemas cardio-pulmonares, respiratórios, distúrbios do sono, do comportamento e do desempenho escolar, tomando assim uma dimensão multidisciplinar de assistência e tratamento (Sih, 2006).

A respiração bucal crônica influencia o crescimento e desenvolvimento craniofacial (Souza, 2004). As alterações fonoarticulatórias causadas pela respiração bucal persistente podem ser evidenciadas através da cefalometria, método

cefalométrico radiográfico utilizado para medição das dimensões da cabeça humana, é o tipo de exame mais utilizado pela ortodontia para obter informações acerca da condição esquelética, dentária e de crescimento craniofacial, (Frasson,2006.) e que apresenta importante valor no diagnóstico de respirador bucal porque ajuda na indicação de cirurgia. Estas alterações podem levar a problemas como mastigação, má oclusão dentária, mordida cruzada e outras deformidades ortodônticas com prejuízo estético e principalmente funcional (Salles, 2005).

Outra complicação preocupante é com baixo peso e baixa estatura que podem estar relacionadas com hipertrofia adenotonsilar, cuja prevalência nestas crianças é relatada em torno de 27 a 56 por cento. Várias são as teorias para explicar este fato como distúrbio do olfato e paladar e distúrbio do sono levando a diminuição da produção do hormônio do crescimento, anorexia pela excessiva salivagem e disfagia, além do gasto energético aumentado para respirar (Dualibi,2002)

1.2 Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono

A Síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS), complicação grave da Síndrome do Respirador Bucal foi descrita em crianças pela primeira vez por William Osler em 1892, mas seu estudo tornou-se sistemático somente à partir da década de 1970.Segundo a Classificação Internacional de Distúrbio do Sono(1998), a SAOS é um “distúrbio intrínseco do sono caracterizado por episódios repetidos de obstrução das vias aéreas superiores associados à dessaturação da hemoglobina”. (Balbany, 2005).

O diagnóstico da SAOS pode ser feito pela história clínica, exame físico, raios-X de cavum, nasofaringoscopia e pela polissonografia que é o padrão-ouro para diagnóstico da SAOS (Balbany, 2005). O pico de incidência da SAOS na criança é observado nos pré-escolares (Greenfeld,2003), na faixa etária na qual a hipertrofia das adenóides e das tonsilas palatinas é mais comum (Balbany, 2005). A SAOS pode ter conseqüências graves como “cor pulmonale” dentre outras e até evoluir para morte súbita, pode levar a falência do ventrículo direito por hipertensão da artéria pulmonar com falência cardíaca na criança (Trezer,2005). As alterações

cardíacas são bem demonstradas com a realização de ecocardiograma, que após tratamento cirúrgico reverterem aos parâmetros normais (Gorur,2001).

A prevalência da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono em crianças foi estimada em torno de 0,7 a 3 por cento no trabalho de Balbani e Weber enquanto no trabalho de Serres e Derkay foi estimada em 1 a 3 por cento, porém segundo a American Academy of Pediatrics, a prevalência de SAHOS nas crianças pode variar entre 0,7 a 10,3 por cento, não havendo predominância entre os sexos (Salles,2005).

A incidência da Síndrome do Respirador Bucal não é bem conhecida, mas sabe-se que entre 7 e 12 por cento das crianças roncam (Cherwin, 2003) e que respirador bucal é mais prevalente que a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (Serres,2000)

Sonolência diurna, rendimento escolar diminuído por déficit de atenção e/ou hiperatividade por dormir mal são considerações de alguns autores como consequência de respiração bucal e apnéia do sono (Cherwin, 2005).

O tratamento com adenotonsilectomia, vai aliviar ou resolver o problema, na maioria das vezes, melhorando a qualidade de vida das crianças (Serres,2000).

1.3 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida de crianças com hipertrofia adenotonsilar

A hipertrofia adenotonsilar é uma condição patológica que acarreta sérias consequências para o crescimento e desenvolvimento da criança, comprometendo de forma acentuada a qualidade de vida das mesmas (Di Francesco,2004).

Observando os domínios contidos em todos os instrumentos de estudo de qualidade de vida de crianças portadoras de HAT (Hipertrofia adenotonsilar), compreende-se que se trata de doença com repercussão em todos os aspectos da vida da criança.

O distúrbio do sono caracterizado por roncos, apnéia, sufocação, sialorréia e engasgo noturno, compromete sobremaneira o despertar e o desempenho das atividades físicas do dia seguinte (Balbany,2005). A criança tem limitações por parte dos cuidados da mãe, evitando exposição ao sol, ao calor, ao frio, à poeira, impondo

- as a um comportamento mais claustro e limitado em relação às demais crianças (Reilly,2003).

Ocorre discriminação social decorrente da aparência física, simulando face alongada, boca aberta, sialorréia, deformidades dento-faciais, distúrbios da fala com voz tipo abafada ou anasalada, além do baixo peso e baixa estatura (Aragão,1988).

A criança passa a adotar um padrão de irritabilidade e impaciência de desatenção com baixa do rendimento escolar e da disposição para as atividades normais de qualquer criança (Cherwin, 2005).

Uma grande importância tem sido dada à avaliação da qualidade de vida de crianças com hipertrofia adenotonsilar, de forma que alguns instrumentos já foram desenvolvidos, testados e validados com este objetivo (OSD-6; OSA-18; PSQ). Destes instrumentos, as Escalas OSD-6 e OSA-18 já foram usadas no Brasil para avaliar a qualidade de vida de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar. A Escala OSD-6 é composta por 6 domínios e 25 perguntas com respostas ordenadas em 7 categorias(Nunca=0; Quase Nunca=1; Às vezes=2; Frequente=3; Muito=4; Não poderia ser pior=5). A escala OSA-18 compreende 5 domínios e 18 perguntas com respostas também ordenadas em 7 categorias(Nenhuma vez=1; Quase nenhuma vez=2; Poucas vezes=3; Algumas vezes=4; Várias vezes=5; A maioria das vezes=6; Todas a vezes=7).

Os autores que desenvolveram os referidos instrumentos de coleta de dados sobre qualidade de vida não discutiram a pertinência da aplicação dos mesmos a indivíduos que não sabem ler. No entanto, aqueles instrumentos são adequados para serem auto preenchidos por pessoas com capacidade de ler e interpretar as perguntas e fazer inferências ao selecionar uma opção como resposta. Entendendo-se que é muito difícil para um entrevistado memorizar 7 alternativas e selecionar corretamente uma delas, conclui-se que as escalas OSD-6 e OSA-18 não são adequadas para serem administradas por um entrevistador.

O estudo que usou a Escala OSD-6 (Di Francesco, 2004) no Brasil não forneceu qualquer informação a respeito da capacidade de ler dos “pais ou responsáveis” que foram incluídos no estudo, assim como também não forneceu detalhes de como foram aplicadas as escalas aos pais ou responsáveis com baixo nível de letramento funcional, se é que existia alguém com esta condição na amostra observada. Por outro lado, o estudo brasileiro que usou a Escala OSA-18 (Silva, 2006) refere que as crianças eram usuárias do SUS, mas não fornece informação

sobre o letramento dos “cuidadores” e nem como a escala foi aplicada aos cuidadores com reduzida capacidade para ler e compreender um texto. Neste segundo estudo, é muito improvável que não existisse uma proporção considerável de cuidadores nesta condição, considerando que se trata de uma amostra de usuários do SUS.

A grande maioria das pesquisas (estudos clínicos e epidemiológicos) realizada no Brasil nos meios acadêmicos lida com a clientela do SUS, que provavelmente apresenta níveis de letramento semelhante aos observados nos estudos brasileiros discutidos anteriormente.

Portanto, a aferição da qualidade de vida de crianças com HAT através dos instrumentos discutidos anteriormente não seria possível quando aplicada à mães ou cuidadores incapazes de ler e interpretar as instruções contidas nos referidos instrumentos. Em outras palavras, a decisão de usar ou não um determinado instrumento depende do conhecimento prévio do nível de letramento da população alvo.

1.4 Uso de Escalas e Escolaridade

No Brasil, além da baixa escolaridade, ainda existe uma grande proporção de analfabetos, 12,8% da população com mais de 10 anos, principalmente na faixa dos cinquenta anos ou mais, a qual representa quase metade (48,7%) dos analfabetos brasileiros. Entre indivíduos com mais de 60 anos, a proporção de mulheres analfabetas é um pouco maior do que a de homens (16,1% e 15,3% respectivamente) (IBGE). Os trabalhos brasileiros sobre qualidade de vida de crianças com hipertrofia adenotonsilar, entrevistaram usuários do SUS, mães e cuidadores de crianças, e estas pessoas são presumivelmente de baixa renda e de baixa escolaridade, por procurarem os hospitais da rede pública nacional.

Pessoas com baixa escolaridade tendem a ser mais facilmente classificadas como pessoas com demência ao preencherem a escala de Mattis para avaliação de demência, devido a complexidade da escala (Foss,2005).

Mendes, no seu trabalho sobre Validação de escala de Determinação Funcional da Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla para a língua portuguesa, cita: “Para contornar o problema de baixa escolaridade, o examinador permanece presente durante a aplicação do questionário”. Esta é uma escala para ser auto-

preenchida, porém por apresenta configuração complexa para o grupo de pessoas com dificuldade para ler, interpretar e escrever, exige a presença do entrevistador nesta situação.

A versão final da tradução para o português da escala de Estresse no Trabalho, passou pela exclusão de alguns itens da escala original, para os quais existia algum item correspondente que foi mantido, considerados difíceis de interpretação (Paschoal,2004).

A configuração de uma escala pode ser dificuldade para interpretabilidade por parte de respondentes, principalmente, de baixa escolaridade.O instrumento OSA-6 , assim como o OSA-18, utilizados no Brasil, para avaliação de qualidade de vida de crianças com hipertrofia adenotonsilar, apresentam configurações complexas para serem auto-preenchidas, como é proposto, para clientela do SUS.Para melhor entendimento da referida escala é necessária a participação de entrevistador,ou seja, para ser respondida por pessoas de baixa escolaridade, só poderá ser entendida quando lida pelo entrevistador.

1.5 Padronização da aplicação de instrumentos em pesquisa

Uma resposta dada a uma pergunta é válida na medida em esta resposta se aproxima do real. Entre outros fatores, a validade de uma resposta, depende:

- I. da pergunta
- II. da seqüência das questões
- III. do local onde ocorre a entrevista
- IV. do respondente
- V. da presença ou não do entrevistador
- VI. da padronização da entrevista (Fowler e Mangioni).

A padronização de entrevista é uma maneira segura de reduzir os erros, no processo de obter informação através de perguntas.

O norteio central do processo de padronização de instrumentos é fazer perguntas e gravar respostas, com ou sem a presença do entrevistador.

Padronizar é fazer com que cada respondente seja exposto às mesmas questões e que o registro das respostas seja o mesmo. Assim sendo, qualquer diferença nas

respostas poderá ser interpretada como diferenças entre os respondentes, ao invés de diferenças no processo que produziu as respostas. (FOWLER, 1984).

Uma entrevista padronizada exige o cumprimento dos seguintes procedimentos:

- As questões devem ser lidas como estão escritas
- Quando a primeira pergunta não for adequadamente respondida ou completamente respondida, o pesquisador deve tentar outra forma de fazer a pergunta, ou repetir a pergunta, sem dirigir ou influenciar na resposta
- As respostas podem ser anotadas ou gravadas, sem a interferência do pesquisador, ou seja, gravar apenas o que o respondente diz
- O pesquisador tem que ser imparcial, neutro e não fazer comentários ou julgamentos a respeito do substrato das respostas.

Quando o questionário não é delineado de tal forma que possa ser facilmente administrado, pelo entrevistador ou auto aplicado, é pouco provável que o processo decorra de forma padronizada. Às vezes, é necessário treinar previamente os respondentes, pois quando o entrevistado não entende qual a sua participação, poderá haver problema com a padronização. É necessário treinar os entrevistadores, pois estes têm tendência a ser atraentes e receptivos para com os respondentes, gerando conflito entre comportar-se de maneira imparcial e neutra e manter um relacionamento que imaginam que o respondente espera.

A maioria dos estudos utilizando escalas, apenas cita o fato de ter sido realizado de forma padronizada, porém não informa os detalhes desta padronização.

O trabalho realizado no Centro de Dor do Hospital Universitário Prof. Edgar Santos, na Bahia, utilizou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em paciente com dor Cônica, aplicada com entrevistador e não detalha os momentos da padronização, apenas diz ter sido realizado de forma padronizada.

O estudo de Paradela, sobre a validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral, utilizou escala com entrevistador e relata com detalhes os passos da padronização.

Luft, em seu artigo de validação da escala de estresse percebido para idosos, fala de forma genérica sobre como deve ser instituída a padronização na aplicação de escalas, mas não detalha a padronização realizada no seu trabalho.

Os autores do estudo sobre tradução e adaptação transcultural da escala de avaliação de comportamento sexual de risco para adultos, relatam o treinamento

feito com os entrevistadores, antes de aplicar a escala, mas não informam os passos da padronização instituída neste trabalho.

Batista, em seu estudo piloto para validação da escala de ansiedade e depressão para adolescentes, relata de forma sucinta a padronização da aplicação da referida escala, mas não aborda os detalhes deste processo.

Na adaptação transcultural da escala de Katz para Independência da Vida diária, foram analisados 156 anciãos, com a presença de entrevistador, porém o artigo não relata a forma de como foi feita a aplicação da escala.

No estudo de Paschoal para validação da escala de estresse no trabalho, é informado que o instrumento foi administrado individualmente para alguns respondentes como também foi aplicado de forma coletiva para outro grupo de participantes, mas não informa como foi padronizada a aplicação.

Na tradução, validação e adaptação cultural da escala de atividade da vida diária, Nigri e colaboradores informam que o instrumento foi aplicado por dois entrevistadores, em momentos distintos e mais uma vez por um dos dois entrevistadores, mas não explicam como foi aplicado o instrumento aos participantes em nenhuma das vezes.

No teste piloto para validação da versão brasileira da escala do transtorno de déficit da atenção/hiperatividade em adultos, com a presença do entrevistador, o artigo não relata a forma de padronização instituída no trabalho.

O trabalho sobre apnéia do sono e hipopnéia, utilizando a escala de Epworth, deixa dúvida quanto ao fato de ter sido realizado de forma padronizada ou não, pois é uma escala para auto-preenchimento, mas algumas vezes houve a interferência do entrevistador, assim como também o estudo para validação para a língua portuguesa da escala de determinação funcional da qualidade de vida na esclerose múltipla, há dúvida quanto à padronização da aplicação no teste piloto.

Portanto, a maioria dos trabalhos que utilizam escalas para serem preenchidas com o entrevistador, não relata a padronização instituída, outros trabalhos, apenas citam o treinamento dos participantes sem detalhar a padronização e poucos a relatam de forma consistente, entendendo-se que referir a padronização não tem sido uma preocupação dos autores, na maioria das vezes.

1.6 Letramento Funcional e Avaliação

A avaliação do processo de alfabetização no Brasil é, até os dias, atuais um problema a ser enfrentado pelas autoridades em educação no país. O Brasil não possui testes padronizados para avaliar a alfabetização. (Oliveira, 2005). Soares, relata que o fracasso em alfabetização em escolas brasileiras vem ocorrendo há muitas décadas e que as avaliações anteriores se davam apenas em âmbito interno das escolas, manifestando – se por altos índices de reprovação, repetência, evasão, porém atualmente as avaliações se estendem a território regional, nacional, como a avaliação pelo SAEB, Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Básico e ENEM, Exame Nacional do Ensino Médio e até internacional, como a avaliação pelo PISA, Programa Internacional de Avaliação de Estudantes e são manifestadas com precariedade no desempenho nos testes de leitura, denunciando grandes contingentes de semi-analfabetos, mesmo depois de quatro, seis, até oito anos de estudo (Soares,2004).

Desde o Censo Demográfico 1950, passando por pequenas alterações, até o Censo Demográfico 2000, no Brasil, considerava-se alfabetizada a pessoa que fosse capaz de ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhecesse. Aquelas que tivessem aprendido a ler e escrever, mas tivesse esquecido, e que apenas assinasse o próprio nome eram consideradas analfabetas. (IBGE, 2000).

Os termos letramento e analfabetismo são vocábulos recentemente incorporados no português do Brasil, apesar de ainda serem do domínio quase restrito dos pesquisadores, posto que ainda não constam nos dicionários mais conhecidos no Brasil (Soares, 2004).

Uma diferenciação feita por Tfouni entre estes termos é a de que a alfabetização é um processo individual da apropriação da escrita e o letramento um processo de construção sócio-histórica de seu uso.(Tfouni,2005)

Atualmente a avaliação do alfabetismo e do letramento no Brasil pode seguir as normas e testes do SAEB e do PISA, ou avaliar pela proficiência de leitura , classificando, segundo Vera Masagão Ribeiro, em níveis de alfabetismo 1, aquelas pessoas que conseguem ler textos simples, localizar informações explícitas em textos muito curtos, conseguem ler títulos bem destacados e quanto à localização de informações, utilizam o reconhecimento de números como recurso facilitador.

Alfabetismo nível 2, pessoas que conseguem localizar informações em textos de extensão média, mesmo quando a informação não esteja explícita, conseguem elaborar síntese e comparar vários elementos do texto e alfabetismo nível 3, pessoas com capacidade de ler textos mais longos, podem orientar-se pelos subtítulos, conseguem estabelecer relações entre as várias partes do texto, realizam inferências e sínteses.

A classificação dos níveis de letramento, idealizada por Alceu Ferraro, baseia-se em número de anos de estudo concluídos com aprovação, a saber: nível 1 de letramento são pessoas com um a três anos de estudo concluídos. Nível 2 são aqueles que tenham concluído pelo menos quatro anos de estudo e que não tenham ido além da sétima série do ensino fundamental, este nível é também chamado de alfabetismo funcional, ou seja, à partir do qual se tornaria improvável o retorno ao analfabetismo. O nível 3 de letramento, inclui todos aqueles com nove a dez anos de estudo e o nível 4 seria a conclusão da educação básica.

Após uma busca na literatura especializada, foi encontrado apenas um estudo realizado no Brasil que estimou a capacidade de ler (Letramento Funcional, capacidade de ler e escrever e fazer uso efetivo da leitura e da escrita nas diferentes esferas da vida social) da população (Vera Masagão Ribeiro, Claudia Lemos Vóvio e Mayra Patrícia Moura; 2002). Neste trabalho, nas palavras dos autores, foi testada “uma amostra representativa da população entre 15 e 64 anos, ao qual foi aplicado um teste de leitura”.

O Teste era composto por “20 tarefas de complexidade variada, desde a localização de uma informação simples num texto curto e familiar até questões envolvendo textos mais longos e complexos, o estabelecimento de relações entre informações e a realização de inferências”.

O estudo mostrou que 40% dos entrevistados não sabiam ler (Analfabetismo) ou tinham uma capacidade muito limitada de ler (Alfabetismo - Nível 1). Foram classificados na categoria Alfabetismo - Nível 1 aqueles que acertaram de 3 a 9 itens do Teste. Nas palavras dos autores, “Este grupo acerta com frequência os itens mais simples, consegue localizar informações explícitas em textos muito curtos, como o item relativo ao cartaz de vacinação (88% de acertos) ou a carta sobre a geladeira com defeito (66% de acertos). Consegue também ler títulos bem destacados e, quanto à localização de informações, o reconhecimento de números é um recurso facilitador. Questões mais complexas tiveram um percentual mais baixo de acerto

nesse grupo; por exemplo, apenas 19% conseguiram responder quantas pessoas morreram lendo a notícia sobre o deslizamento de terra. O preenchimento do formulário só foi realizado corretamente por 17% desse grupo; a identificação dos filmes que passariam domingo à noite, por apenas 5%”.

Os estudos sobre as avaliações das políticas educacionais brasileiras, nos colocam diante de um panorama preocupante e insatisfatório com relação ao letramento e analfabetismo no Brasil. Defrontamo-nos com baixíssimo nível da educação escolar brasileira. Do total de 107,1 milhões de brasileiros com 15 anos ou mais, temos 15,2 milhões sem qualquer instrução ou com menos de um ano de estudo; 19,3 milhões com apenas um a três anos de estudo; 36 milhões com quatro a seis anos de estudo. Todas estas categorias soma cerca de 71 milhões de pessoas de 15 anos ou mais sem sequer ter o mínimo constitucional representado pelo ensino fundamental completo (Ferraro, 2002).

Com base nos testes da SAEB 1999, o percentual de alunos nos níveis mais baixos de proficiência é bastante mais elevado nas regiões Norte e Nordeste do país. Para o Brasil como um todo, pelos mesmos testes do SAEB, há um aumento geral da proficiência ao longo da escolaridade dos alunos. (Bonamino, 2002).

No que se refere aos resultados gerais do PISA em Leitura, a proficiência dos alunos brasileiros foi significativamente inferior à de todos os demais países participantes (INEP, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2001).

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A doença da Hipertrofia adenotonsilar implica, quando em grau avançado, síndrome do respirador bucal muitas vezes com apnéia do sono, podendo evoluir para sérias conseqüências para a para a dinâmica familiar e para a qualidade de vida da criança.

Á partir dos dados sobre alfabetismo e letramento no Brasil, surgiu a preocupação com avaliação de qualidade de vida de crianças com hipertrofia adenotonsilar, através de instrumentos traduzidos, aplicados na forma de auto preenchimento, para população de usuários do SUS, presumivelmente de baixa escolaridade.

No Brasil dois instrumentos traduzidos e validados, são utilizados para medir a qualidade de vida de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, como o OSA-6 e OSA-18.

Em todos os trabalhos realizados no Brasil, não há relato detalhado sobre a escolaridade dos sujeitos da pesquisa, nem do processo de adaptação e validação da escala, nem mesmo do processo de padronização realizado.

O presente trabalho, visando abordar um grupo populacional específico, mães e cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, usuários do SUS, Sistema Único de Saúde, freqüentadores de um hospital da região nordeste do Brasil, visa avaliar a adequação do uso dos referidos instrumentos para medir qualidade de vida de crianças com hipertrofia adenotonsilar, cujas mães e ou cuidadores sejam de baixa escolaridade.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a aplicabilidade de instrumento para medir qualidade de vida de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, em função do letramento funcional.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Desenvolver e aplicar um teste de letramento à mães e cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar.

3.2.2 Estudar a relação entre anos de escola e o nível de letramento

3.2.3 Estudar a relação entre nível de letramento e a confiabilidade do teste.

METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

Estudo do tipo transversal, observacional, desenvolvido num hospital de pediatria, geral e terciário, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

4. 1 Seleção da Amostra.

Foram selecionadas todas as mães ou cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, que tinham indicação cirúrgica e estavam esperando serem chamadas para serem submetidas à referida intervenção. A cirurgia foi indicada quando a criança com hipertrofia adenotonsilar apresentava distúrbios do sono e ou respiração e a tonsila faríngea ocupava 75% da rinofaringe (baseado nos achados de radiografia do cavum) associada ao aumento das tonsilas palatinas (grau III ou mais). Mães ou cuidadores de crianças com distúrbio do sono e ou da respiração que tinham mal formações craniofaciais, distúrbios neurológicos e/ou aquelas com infecções recorrentes (tonsilites recorrentes) foram excluídas do estudo.

4. 2 Elaboração do Teste de Leitura.

Foi elaborado um teste de leitura com a finalidade de avaliar o nível de letramento das mães e cuidadores, utilizando cartazes, que foram elaborados pelo Ministério da Saúde ou Secretaria de Saúde do Ceará, e que foram afixados em unidade de saúde, com fins educativos e informativos . As elaboração das perguntas seguiram alguns dos princípios também observados por (**Tfouni, 2005 e Bentollila, 1999**). Inicialmente foram identificados 30 cartazes, dos quais foram selecionados 6 para serem usados no teste de leitura. Foram selecionados cartazes que apresentavam textos mais longos e frases completas, e que se comunicavam mais pela palavra escrita do que por imagens ou figuras. Para cada cartaz foi elaborada uma ou duas perguntas sobre o texto escrito no mesmo.

O texto escrito no cartaz, o seu leiaute e as respectivas perguntas são apresentados a seguir:

CARTAZ 1(Anexo 1):

Texto:

Se você está com tosse
Com catarro há mais
De 3 semanas, procure
Um posto de saúde

TUBERCULOSE TEM CURA, SÓ NÃO PODE
PARAR O TRATAMENTO. É DE GRAÇA.

Pergunta 1: Depois de quanto tempo uma pessoa com tosse e catarro deve começar a se preocupar com tuberculose ?

Pergunta 2: Diga o que você leu neste cartaz sobre o tratamento da tuberculose ?

CARTAZ 2 (Anexo 2):

Texto:

Gravidez
Não é Doença.
Mas Precisa
De Cuidados

No Brasil, milhares de mulheres grávidas morrem todos os anos. Medidas simples pode salva-las:

- Pelo menos 6 consultas médicas durante a gestação.
- Parto acompanhado, numa unidade de saúde. Preferência de parto normal, sem cirurgia. Gravidez existe pra gerar a vida, nuca a morte.

Pergunta 3: Quantas consultas médicas uma mulher deve fazer durante a gravidez?

Pergunta 4: O que o cartaz diz a respeito do lugar onde uma mulher grávida deve fazer seu parto ?

CARTAZ 3 (Anexo 3):

Texto:

PARA COMBATER
A DENGUE, VOÇE
E A ÁGUA NÃO
PODEM FICAR
PARADOS.

Feche bem tonéis e barris (com uma figura acima)

Coloque areia no pratinho dos vasos de planta (com uma figura acima)

Tampe caixas d'água (com uma figura acima)

Esvazie e guarde garrafas sem uso de cabeça para baixo (com uma figura acima)

Pergunta 5: O que você pode fazer para não ficar parado contra a dengue ?

CARTAZ 4 (Anexo 4):

Texto:

Diabetes

O Que é Preciso Saber

Fatores Que Pecipitam o

Aperecimento do Diabetes

Gravidez	Infecções graves
----------	------------------

Obesidade	Envelhecimento
-----------	----------------

Sedentarismo	Stress
--------------	--------

História de

Diabetes na família

SINAIS E SINTOMAS (No cartaz, este texto fica na mesma altura e à direita do texto anterior)

Urina muitas vezes	Desânimo
--------------------	----------

Sede exagerada	Fadiga
----------------	--------

Perda de Peso	Visão embaçada
---------------	----------------

Tem muita fome	Cicatrização difícil
----------------	----------------------

Pergunta 6: Diga o nome de 3 coisas que uma pessoa com diabetes pode sentir ou apresentar ?

CARTAZ 5 (Anexo 5):

Texto:

Exija o teste para AIDS

e sífilis no pré-natal.

É um direito seu

e de seu bebê

Se precisar, o tratamento

é gratuito para você

e para o bebê.

Seu filho pode

nascer saudável.

Pergunta 7: Quais são dois tipos de exame ou teste que uma mulher deve fazer quando estiver grávida ?

CARTAZ 6 (Anexo 6):

Texto:

NÃO DÊ

CHANCE

PARA A DENGUE

Mantenha os depósitos de água bem tampados (com uma figura acima)

Pergunta 8: O que você pode fazer para não ar chance à dengue?

4. 3 Aplicação do Teste de Leitura.

O teste de leitura foi aplicado a cada uma das mães individualmente, por um mesmo entrevistador, treinado para esta tarefa específica, seguindo os seguintes passos. Inicialmente, foi aplicado um questionário que perguntava a idade do

entrevistado(a), os anos durante os quais ele(ela) tinha freqüentado a escola, se ele(ela) sabia ler e escrever. As respectivas respostas foram registradas. Aqueles que afirmaram que sabiam ler, foram então submetidos ao teste de letramento.

Antes de iniciar a leitura de cada um dos 6 cartazes, o indivíduo testado era avisado de que ele teria o tempo que fosse necessário para ler o cartaz, que não precisava de pressa, e que avisasse quando tivesse terminado a leitura. Em seguida, o aplicador lia a pergunta 1 ou 2 vezes. A resposta era escrita na íntegra, no próprio questionário, num espaço logo abaixo da pergunta.

4. 4 Aplicação da Escala OSA-6.

A Escala OSA-6 foi aplicada em dois momentos. A primeira aplicação ocorreu logo após o Teste de Letramento, e a segunda, 15 a 30 dias após a primeira aplicação. Nas duas oportunidades, o entrevistador treinou o entrevistado no preenchimento do primeiro item da escala, com uma explicação com o seguinte conteúdo: i) eu vou lhe explicar como preencher o primeiro item; ii) O primeiro item é sobre obstrução nasal. Se seu filho(sua filha) nunca tem obstrução nasal você escolhe o número zero; iii) Se ele(ela) apresenta obstrução nasal você escolhe um número de 1 a 6, de acordo com a freqüência com que ele(ela) apresenta obstrução; iv) o Sr(Sra) escolhe o número 6 quando o(a) Sr(Sra) achar que a situação não poderia ser pior; v) do mesmo jeito o(a) Sr(Sra) deverá preencher os demais itens, até o final.

4.5 Correção do Teste de Leitura.

As respostas foram classificadas como erradas (código=0), não pertinentes (código = 1) e corretas (código = 2). respostas corretas foram aquelas cujo conteúdo estava todo escrito nos cartazes; respostas erradas foram aquelas que além de erradas, o respectivo conteúdo não estava escrito no cartaz; repostas não pertinentes foram aquelas corretas, em parte ou no todo, cujo conteúdo não estava escrito no cartaz.

4.6 Análise dos Dados.

As variáveis idade e anos de escola foram categorizadas pelos quartís e pela mediana respectivamente. Foram calculadas as freqüência simples de respostas erradas, não pertinentes e corretas. Em seguida, a categoria errada e não pertinente foi agregada numa única categoria intitulada “errada” considerando os objetivos deste de leitura, neste estudo, uma resposta não pertinente está mais próxima de uma resposta errada do que de uma resposta certa. Foram também calculadas as freqüências relativas acumuladas abaixo e acima. Uma freqüência acumulada abaixo indica a proporção de indivíduos testados que acertaram um determinado número máximo de perguntas. Paralelamente, uma freqüência acumulada acima informa a proporção de indivíduos testados que acertaram um determinado número mínimo de perguntas.

Proporções foram comparadas através do Teste do Qui-quadrado ou do Teste Exato de Fisher. Quando o valor esperado de todas as células da tabela foi igual ou maior do que 5, foi usado o primeiro teste. Quando o valor esperado de pelo menos 1 célula foi menor do que 8, então foi usado o Teste Exato de Fisher. Proporções foram consideradas significativamente diferentes, quando a probabilidade das mesmas serem semelhantes foi menor que 5% (Valor-p < 0,05).

Para se avaliar a extensão da concordância entre as duas respostas obtidas com uma mesma pergunta, na primeira e na segunda aplicação, foi usado o coeficiente Kappa Ponderado (Cohen, 1968). Além do Kappa Ponderado, foi também estimada a proporção esperada de concordância ao acaso e proporção observada. Estas duas proporções foram comparadas e obtidos o respectivos valores-p. Os valores do Kappa foram nas categorias propostas por Lanois & Kock(1977) (Apud Gerenstein, Andrade & Zuardi; 2000).

4.7 Aspectos éticos

Este estudo foi projetado de acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Portaria do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução Nº 196/96. O Protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de ética e pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

A amostra de cuidadores observados neste estudo era composta essencialmente por mãe (76,60%) com idade variando de 17 a 61 anos (mediana= 32 anos), das quais, 40% freqüentaram a escola durante pelo menos 8 anos (Mediana=9) (**Tabela1**)

Tabela 1. Características de uma amostra de cuidadores (N=94) de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar e que participaram de um teste de letramento.

Característica	Frequência	
	N	%
Sexo:		
-Feminino	88	93,62
-Masculino	6	6,38
Idade(Anos):		
-17 a 27	27	28,72
-28 a 32	24	25,53
-33 a 39	20	21,28
-40 a 61	23	24,47
Anos de Escola:		
-De 0 a 8 [¥]	38	40,43
-De 9 a 13	56	59,57
Relação do Cuidador com a Criança:		
-Mãe	72	76,60
-Avó	7	7,45
-Pai	5	5,32
-Tia	5	5,32
-Parente	3	3,19
-Outro	2	2,13

[¥]Esta categoria inclui 1 cuidador que não freqüentou escola.

Inicialmente, foi avaliado o desempenho dos cuidadores em cada uma das perguntas do Teste de Letramento, categorizando as respostas como erradas, não pertinentes e corretas (**Tabela 2**). As respostas não pertinentes puderam ser grupadas em duas categorias: I uma (respostas 1,3,4 e 8) que apresentou uma proporção mais baixa de respostas não pertinentes, variando esta de 3,19% a

7,45%) II) uma outra (respostas 2, 5, 6 e 7) com uma proporção mais alta (de 18,09% a 20,21%) de respostas desse tipo

Tabela 2. Desempenho (Resposta Errada, Não Pertinente ou Correta) de uma amostra de cuidadores (N=94) de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar num teste de letramento.

Resposta	Frequência	
	N	%
Resposta 1:		
-Errada	20	21,28
-Não Pertinente	4	4,26
-Correta	70	74,47
Resposta 2:		
-Errada	27	28,72
- Não Pertinente	17	18,09
-Correta	50	53,19
Resposta 3:		
-Errada	15	15,96
- Não Pertinente	4	4,26
-Correta	75	79,79
Resposta 4:		
-Errada	7	7,45
-Não Pertinente	3	3,19
-Correta	84	89,36
Resposta 5:		
-Errada	31	32,98
-Não Pertinente	19	20,21
-Correta	44	46,81
Resposta 6:		
-Errada	5	5,32
-Não Pertinente	18	19,15
-Correta	71	75,53
Resposta 7:		
-Errada	20	21,28
-Não Pertinente	17	18,09
-Correta	57	60,64
Resposta 8:		
-Errada	21	22,34
-Não Pertinente	7	7,45
-Correta	66	70,21

Uma segunda avaliação do desempenho dos cuidadores em cada uma das perguntas do Teste de Letramento foi realizado, desta vez, categorizando as respostas como erradas e corretas. **(Tabela 3).**

Tabela 3. Desempenho (Resposta errada ou correta) de uma amostra de cuidadores (N=94) de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar num teste de letramento.

Resposta	Frequência	
	N	%
Resposta 1:		
-Errada [¥]	24	25,53
-Correta	70	74,47
Resposta 2:		
-Errada	44	46,81
-Correta	50	53,19
Resposta 3:		
-Errada	19	20,21
-Correta	75	79,79
Resposta 4:		
-Errada	10	10,64
-Correta	84	89,36
Resposta 5:		
-Errada	50	53,19
-Correta	44	46,81
Resposta 6:		
-Errada	23	24,47
-Correta	71	75,53
Resposta 7:		
-Errada	37	39,36
-Correta	57	60,64
Resposta 8:		
-Errada	28	29,79
-Correta	66	70,21

[¥]Errada ou Não Pertinente

Nesta análise, uma resposta foi considerada errada quando a mesma foi errada ou não pertinente na correção do Teste de Letramento. As perguntas 2 e 5 foram as mais difíceis, uma vez que foram respondidas corretamente por menos que 53% das pessoas testadas. As perguntas 1, 3, 6, 7 e 8 foram pouco mais fáceis e foram respondidas corretamente por uma proporção de cuidadores que variou de 60 a 80%. Pergunta 4 foi a mais fácil e foi respondida corretamente por 89% das pessoas testadas.

Também foi feita uma avaliação do desempenho dos cuidadores no conjunto das perguntas do Teste de Letramento (**Tabela 4**)

Tabela 4. Desempenho (Numero de respostas corretas) de uma amostra de cuidadores (N=94) de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar num teste de letramento.

Numero de Respostas Corretas	Frequência					
	Simple		Acumulada Abaixo		Acumulada Acima	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	2	2,13	2	2,13	94	100,00
Uma	0	0,00	2	2,13	92	97,87
Duas	6	6,38	8	8,51	92	97,87
Três	9	9,57	17	18,09	86	91,49
Quatro	7	7,45	24	25,53	77	81,91
Cinco	16	17,02	40	42,55	70	74,47
Seis	20	21,28	60	63,83	54	57,45
Sete	22	23,40	82	87,23	34	36,17
Oito	12	12,77	94	100,00	12	12,77

Vinte e Cinco por cento (25,93%) dos cuidadores responderam corretamente 4 ou menos perguntas. Por outro lado, 74,47% apresentaram respostas corretas à 5 ou mais perguntas e 36,17% apresentaram 7 ou 8 respostas. Apenas 12,77% dos indivíduos testados acertaram todas as respostas.

Foi estudada a relação entre o anos que os cuidadores freqüentaram a escola e o desempenho no Teste de Letramento (**Tabela 5**). A proporção de respostas corretas às perguntas 1, 3, 6, 7 e 8 foi significativamente maior entre os cuidadores que freqüentaram a escola por 9 ou mais anos. No entanto, a proporção de respostas corretas às perguntas 2, 4 e 5 foi semelhante nos dois grupos. Considerando todas as perguntas, uma proporção significativamente maior de cuidadores que tinham 9 anos de escola ou mais responderam corretamente de 6 a 8 perguntas.

Tabela 5. Desempenho de uma amostra de cuidadores de crianças portadoras (N=94) de hipertrofia adenotonsilar num teste de letramento, segundo os anos que freqüentou a escola.

Resposta	Anos que Frequentou a Escola				P
	0 a 8 anos (N=38)		9 a 13 anos (N=56)		
	N	%	N	%	
Resposta 1:					
-Errada	15	39,47	9	16,07	0,011
-Correta	23	60,53	47	83,93	
Resposta 2:					
-Errada	21	55,26	23	41,07	0,176
-Correta	17	44,74	33	58,93	
Resposta 3:					
-Errada	13	34,21	6	10,71	0,005
-Correta	25	65,79	50	89,29	
Resposta 4:					
-Errada	4	10,53	6	10,71	1,000
-Correta	34	89,47	50	89,29	
Resposta 5:					
-Errada	24	63,16	26	46,43	0,111
-Correta	14	36,84	30	53,57	
Resposta 6:					
-Errada	14	36,84	9	16,07	0,022
-Correta	24	63,16	47	83,93	
Resposta 7:					
-Errada	23	60,53	14	25,00	0,001
-Correta	15	39,47	42	75,00	
Resposta 8:					
-Errada	16	57,14	12	42,86	0,031
-Correta	22	33,33	44	66,67	
Todas. Respostas:					
-De 0 a 5 corretas	24	63,16	16	28,57	0,001
-De 6 a 8 corretas	14	36,84	40	71,43	

A proporção de cuidadores que não preencheu todos os itens de cada um dos domínios da escala foi calculada para se conhecer a dificuldade que o respectivo domínio representou para o entrevistado (**Tabela 9**). A proporção de entrevistados que não preencheram todos os itens do diversos domínios variou de 39,69% a 46,81% e de 37,23% a 42,55% na primeira e segunda aplicação respectivamente.

Aproximadamente 50% (variação de 51,06% a 57,45%) dos entrevistados não preencheram os mesmos itens nas duas aplicações da escala. Considerando a escala completa, uma proporção muito alta dos entrevistados não preencheu todos os itens na primeira aplicação (74,47%), na segunda (74,47%) e uma proporção mais alta ainda (87,23%), não preencheu o mesmo item nas duas aplicações.

Tabela 6. Número de Respostas obtidas em cada item, em duas aplicações da Escala OSA-18 numa amostra (N=86[¥]) de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar.

DOMÍNIO -Itens preenchidos ou não	Frequência na 1ª Aplicação		Frequência na 2ª Aplicação		Frequência em ambas Aplicações	
	N	%	N	%	N	%
SOFRIMENTO FÍSICO						
-Todos preenchidos	53	56,38	56	59,57	40	42,55
-Alguns não preenchidos [¥]	41	43,62	38	40,43	54	57,45
DISTÚRBO DO SONO						
-Todos preenchidos	50	53,19	55	58,51	40	42,55
-Alguns não preenchidos [£]	44	46,81	39	41,49	54	57,45
PROBLEMAS DE FALA E DEGLUTIÇÃO						
-Todos preenchidos	54	57,45	54	57,45	42	44,68
-Alguns não preenchidos [£]	40	42,55	40	42,55	52	55,32
DESCONFORTO EMOCIONAL						
-Todos preenchidos	54	57,45	58	61,70	46	48,94
-Alguns não preenchidos [£]	40	42,55	36	38,30	48	51,06
LIMITAÇÕES DE ATIVIDADE						
-Todos preenchidos	57	60,64	59	62,77	46	48,94
-Alguns não preenchidos [£]	37	39,69	35	37,23	48	51,06
PREOCUPAÇÃO COM OS RONCOS						
-Preenchido	56	59,57	54	57,45	46	48,94
-Não Preenchido	38	40,43	50	42,55	48	51,06
TODOS OS DOMÍNIOS						
-Todos preenchidos	24	25,53	24	25,53	12	12,77
-Alguns não preenchidos [£]	70	74,47	70	74,47	82	87,23

[¥]Oito cuidadores não preencheram nenhum dos 25 itens da Escala.

[¥]De 1 a 4 itens

[£]De 1 a 5 itens

Com o objetivo de se avaliar a relação entre ter freqüentado a escola e a capacidade de preencher a escala, comparou-se a distribuição do número de respostas obtidas em cada domínio, segundo os anos de escola (**Tabelas 7 e 8**)

Tabela 7. Número de Itens Preenchidos na primeira aplicação da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, segundo os Anos de Escola.

Domínio da Escala -Preenchimento dos Itens	Anos que Frequentou a Escola				Valor-p
	De 0 a 8 anos (N=38)		De 9 a 13 anos (N=56)		
	N	%	N	%	
SOFRIMENTO FÍSICO					
-Todos preenchidos	18	47,37	35	62,50	0,147
-Alguns não preenchidos [¥]	20	52,63	21	37,50	
DISTÚRPIO DO SONO					
-Todos preenchidos	16	42,11	34	60,71	0,076
-Alguns não preenchidos [£]	22	57,89	22	39,29	
PROBLEMAS DE FALA E DEGLUTIÇÃO					
-Todos preenchidos	17	44,74	37	66,07	0,040
-Alguns não preenchidos [£]	21	55,26	19	33,93	
DESCONFORTO EMOCIONAL					
-Todos preenchidos	19	50,00	35	62,50	0,229
-Alguns não preenchidos [£]	19	50,00	21	37,50	
LIMITAÇÕES DE ATIVIDADE					
-Todos preenchidos	19	50,00	38	87,86	0,082
-Alguns não preenchidos [£]	19	50,00	18	32,14	
PREOCUPAÇÃO COM OS RONCOS					
-Preenchido	18	47,37	38	67,86	0,047
- Não Preenchido	20	52,63	18	32,14	

[¥]De 1 a 4 itens

[£]De 1 a 5 itens

Na primeira aplicação, nos domínios Problemas de Fala e Deglutição e Preocupação com Roncos, a proporção de entrevistados que não preencheu alguns

itens foi significativamente maior entre aqueles que freqüentaram a escola menos anos. (De 0 a 8 anos).

Diferentemente, na segunda aplicação, em todos os domínios, a proporção de entrevistados que não preencheu alguns itens foi significativamente maior entre aqueles que freqüentaram a escola menos tempo (De 0 a 8 anos).

Tabela 8. Número de Itens Preenchidos na segunda aplicação da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, segundo os Anos de Escola.

Domínio da Escala - Preenchimento dos Itens	Anos que Frequentou a Escola				Valor-p
	De 0 a 8 anos (N=38)		De 9 a 13 anos (N=56)		
	N	%	N	%	
SOFRIMENTO FÍSICO					
-Todos preenchidos	13	34,21	43	76,79	0,000
-Alguns não preenchidos [¥]	25	65,79	13	23,21	
DISTÚRPIO DO SONO					
-Todos preenchidos	12	31,58	43	76,79	0,000
-Alguns não preenchidos [£]	26	68,42	13	23,21	
PROBLEMAS DE FALA E DEGLUTIÇÃO					
-Todos preenchidos	13	34,21	41	73,21	0,000
-Alguns não preenchidos [£]	25	65,79	15	26,79	
DESCONFORTO EMOCIONAL					
-Todos preenchidos	15	39,47	43	76,79	0,000
-Alguns não preenchidos [£]	23	60,53	13	23,21	
LIMITAÇÕES DE ATIVIDADE					
-Todos preenchidos	16	42,11	43	76,79	0,001
-Alguns não preenchidos [£]	22	57,89	13	23,21	
PREOCUPAÇÃO COM OS RONCOS					
-Preenchido	16	42,11	38	67,86	0,013
- Não Preenchido	22	57,89	18	32,14	

[¥]De 1 a 4 itens

[£]De 1 a 5 itens

Com o objetivo de avaliar a relação entre desempenho no Teste de Letramento e capacidade de preencher a escala, comparou-se a distribuição do número de respostas obtidas em cada domínio, segundo o número de respostas corretas no Teste de Letramento. (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9. Número de Itens Preenchidos na primeira aplicações da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, segundo o Desempenho no Teste de Letramento.

Domínio da Escala - Preenchimento dos Itens	Respostas Certas no Teste de Letramento				Valor-p
	De 0 a 5 (N=40)		De 6 a 8 anos (N=54)		
	N	%	N	%	
SOFRIMENTO FÍSICO					
-Todos preenchidos	18	45,00	35	64,81	0,055
-Alguns não preenchidos [¥]	22	55,00	19	35,19	
DISTÚRPIO DO SONO					
-Todos preenchidos	17	42,50	33	61,11	0,074
-Alguns não preenchidos [£]	23	57,50	21	38,89	
PROBLEMAS DE FALA E DEGLUTIÇÃO					
-Todos preenchidos	16	40,00	38	70,37	0,003
-Alguns não preenchidos [£]	24	60,00	16	29,63	
DESCONFORTO EMOCIONAL					
-Todos preenchidos	18	45,00	36	66,67	0,036
-Alguns não preenchidos [£]	22	55,00	18	33,33	
LIMITAÇÕES DE ATIVIDADE					
-Todos preenchidos	17	42,50	40	74,07	0,002
-Alguns não preenchidos [£]	23	57,50	14	25,93	
PREOCUPAÇÃO COM OS RONCOS					
-Preenchido	17	42,50	39	72,22	0,004
-Não Preenchido	23	57,50	15	27,78	

[¥]De 1 a 4 itens

[£]De 1 a 5 itens

Na primeira aplicação, nos dois domínios Sofrimento Físico e Distúrbio do Sono, a proporção de entrevistados que não respondeu alguns itens foi semelhante nos dois grupos (um que acertou de 0 a 5 perguntas e outro que acertou de 6 a 8

perguntas). Nos demais domínios, a proporção de entrevistados que não respondeu alguns itens foi significativamente maior no grupo que acertou menos perguntas.

Na segunda aplicação, em todos os domínios, a proporção de entrevistados que não respondeu alguns itens foi significativamente mais elevada no grupo que acertou menos perguntas.

Tabela 10. Número de Itens Preenchidos na segunda aplicações da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar, segundo o Desempenho no Teste de Letramento.

Domínio da Escala - Preenchimento dos Itens	Respostas Certas no Teste de Letramento				Valor-p
	De 0 a 5 anos (N=40)		De 6 a 8 anos (N=54)		
	N	%	N	%	
SOFRIMENTO FÍSICO					
-Todos preenchidos	18	45,00	38	70,37	0,013
-Alguns não preenchidos [¥]	22	55,00	16	29,63	
DISTÚRPIO DO SONO					
-Todos preenchidos	17	42,50	38	70,37	0,007
-Alguns não preenchidos [£]	23	57,50	16	29,63	
PROBLEMAS DE FALA E DEGLUTIÇÃO					
-Todos preenchidos	16	40,00	38	70,37	0,003
-Alguns não preenchidos [£]	24	60,00	16	29,63	
DESCONFORTO EMOCIONAL					
-Todos preenchidos	19	47,50	39	72,22	0,015
-Alguns não preenchidos [£]	21	52,50	15	27,78	
LIMITAÇÕES DE ATIVIDADE					
-Todos preenchidos	19	47,50	40	74,07	0,008
-Alguns não preenchidos [£]	21	52,50	14	25,93	
PREOCUPAÇÃO COM OS RONCOS					
-Preenchido	18	45,00	36	66,67	0,036
-Não Preenchido	22	55,00	18	33,33	

[¥]De 1 a 4 itens

[£]De 1 a 5 itens

A relação entre Anos de Escola e Desempenho no Teste de Letramento e a Confiabilidade Teste-Reteste foi estimada através da comparação da soma dos pesos das respostas de cada domínio, segundo categorias das primeiras variáveis (Tabela 9). A soma dos pesos de todos os domínios foi semelhante nas duas categorias das variáveis anos de escola e desempenho no Teste de Letramento.

A Confiabilidade Teste-Reteste de cada item das diversas escalas foi estimada através do coeficiente Kappa Ponderado (Tabela 11). De acordo com a classificação de Lanois e Kock (1977), 68% (17 itens) dos itens da escala tiveram uma concordância moderada e 32% (8 itens) uma concordância substancial.

Tabela 11. Concordância entre as respostas obtidas em cada item, em duas aplicações da Escala OSA-6 numa amostra de cuidadores de crianças portadoras de hipertrofia adenotonsilar,

DOMÍNIO -Itens	N	Concordância Esperada	Concordância Observada	Kappa	Valor -p
SOFRIMENTO FÍSICO					
-Obstrução Nasal	66	77,18	87,63	0,4577	0,00
-Cansaço Diurno	56	74,72	87,20	0,4937	0,00
-Baixo Peso	58	66,39	85,92	0,5811	0,00
- Fôlego Ruim	57	74,35	88,6	0,5555	0,00
DISTÚRPIO DO SONO					
-Roncos	74				0,00
-Engasgos	64	73,60	87,19	0,5905	0,00
- Sono sem descanso	56	69,76	84,62	0,4919	0,00
-Dificuldade de acordar pela manhã	54 81	70,49 66,62	83,93 87,04	0,4553 0,6116	0,00
-Afundamento do Tórax enquanto dorme	74	64,39	86,93	0,6330	0,00
PROBLEMAS DE FALA E DEGLUTIÇÃO					
-Dificuldade em engolir alimentos sólidos	66	64,75	86,11	0,6060	0,00
-Engasgos	66	67,80	85,25	0,5417	0,00
-Fala abafada	59	70,43	86,72	0,5511	0,00
-Fala analisada	55	67,77	84,24	0,5111	0,00
-Pronúncia ruim	55	64,28	86,97	0,6247	0,00
DESCONFORTO EMOCIONAL					
-Irritabilidade	64	74,52	86,98	0,4890	0,00
-Impaciente	69	75,60	88,16	0,5140	0,00
-Apetite ruim	63	66,67	87,04	0,6111	0,00
-Desatento	56	66,20	89,21	0,6830	0,00
-É ridicularizado porque	56	62,96	86,61	0,6385	0,00
LIMITAÇÕES DE TIVIDADE					
-Brinca normalmente	71	74,35	86,15	0,4601	0,00
- Brinca como amigos	63	65,38	82,54	0,4957	0,00
-Freqüenta a escoltou creche	63 65	77,23 70,93	86,77 88,97	0,4190 0,6207	0,00
-Desempenho escolar				0,4641	0,00
Desempenho do escolar-	56	68,90	83,33	0,4841	0,00
Os pais ou responsáveis e incomodam como o ronco da criança	48	70,29	88,04	0,5976	0,00

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Um indicador da qualidade de uma pergunta do teste de letramento usado neste estudo foi a proporção de entrevistados que apresentaram respostas não pertinentes à respectiva pergunta (18,9%, 20,21%, 19,15% e 18,09% para a pergunta 2, 5, 6 e 7 respectivamente). Respostas não pertinentes foram aquelas corretas ou parcialmente corretas, mas cujo conteúdo correto não estava escrito no cartaz. Assume-se que as respostas não pertinentes sejam decorrentes de informação prévia que o entrevistado tem sobre o assunto do cartaz ou de uma compreensão incompleta do texto escrito no cartaz. A primeira situação pode comprometer a validade de uma pergunta e a segunda corresponde a uma pergunta difícil, que são úteis na medida em que discriminam indivíduos com diferentes níveis de compreensão do texto. É provável que algumas respostas à pergunta: "O que você pode fazer para não ficar parado contra a dengue?" (Pergunta 5) tenham usado um conhecimento prévio, pois a prevenção da dengue tem sido um dos temas mais divulgados nos últimos anos no Ceará (ver Cartaz 3). A pergunta 7, sobre Diabetes, "Diga o nome de 3 coisas que uma pessoa com diabetes pode sentir ou apresentar" pode ser considerada uma pergunta difícil, pois uma resposta correta dependia da capacidade do leitor distinguir entre dois conceitos médicos "fatores que precipitam o aparecimento do diabetes" e "sinais e sintomas" (ver Cartaz 4). Observe-se o texto "Exija o teste de aids e sífilis no pré-natal", sobre o qual foi elaborada a pergunta 7 (ver Cartaz 5). Certamente alguns indivíduos não entendem a mensagem deste cartaz, por não entender o significado da palavra "teste". Sugere-se que uma forma de evitar respostas que usam conhecimento prévio, seria usando textos simples de histórias ou situações abstratas. No teste de letramento desenvolvido pelo IBOPE (Vera Masagão Ribeiro), os textos para leitura constavam de uma revista de variedades elaborada especialmente para a testagem. Uma das tarefas mais simples era para que o leitor identificasse num anúncio a data de início de uma campanha de vacinação. (Ribeiro, 2000).

O teste de letramento utilizado neste estudo foi elaborado com textos curtos, simples sobre temas de saúde, amplamente divulgados nos centros de saúde. Considerando a proporção de indivíduos que tiveram respostas corretas (25,53% acertaram no máximo 4 respostas; 57,45% acertaram no mínimo 6 respostas;

36,17% acertaram 7 ou 8 respostas, e apenas 12,77% dos indivíduos acertaram todas, pode-se arbitrar que o desempenho dos indivíduos examinados no teste de letramento foi regular. No estudo de Vera Masagão Ribeiro apenas 26% dos entrevistados foi classificada em nível 3 de alfabetismo, ou seja com nível pleno das habilidades avaliadas.

Era de se espera que existisse uma forte correlação entre anos de escola e desempenho no teste de letramento. De esta correlação foi observada para algumas perguntas e outras não. Uma observação importante foi que 9 anos de escola foi o número de anos que melhor discriminou indivíduos que tiveram 6 ou mais respostas corretas. Ou seja, um bom desempenho no teste de letramento usado neste estudo dependeu de um número razoavelmente grande de anos de estudo. No Brasil há um aumento geral da proficiência em leitura ao longo da escolaridade dos alunos (Bonamino, 2002).

O conhecimento da relação entre anos de escola e desempenho no teste de letramento tem importância prática: se existir uma forte correlação entre os dois podemos prever, baseados nos anos de escola, a capacidade de um indivíduo para preencher um questionário, uma vez que não seria prático aplicar um teste de letramento para avaliar pessoas antes de preencher o questionário.

Um teste de letramento mede a capacidade atual do indivíduo de ler e compreender um texto, os anos de escola indicam a capacidade esperada. A metade das pessoas testadas neste estudo tinham idade superior a 32 anos, o que significa que 50% dos indivíduos testados freqüentaram a escola há muitos anos atrás, e provavelmente, muitos entre eles não tiveram a oportunidade de executar a prática de leitura posteriormente. No Brasil, segundo Ferraro, 71 milhões de pessoas de 15 anos ou mais, não tiveram acesso sequer ao mínimo constitucional de letramento, representado pelo ensino fundamental completo. Com base no estudo de Vera Masagão Ribeiro, 9% da população brasileira entre 15 e 64 anos de idade encontram-se numa situação de analfabetismo absoluto.

Questionários são aplicados pelo entrevistador ou são preenchidos pelo próprio indivíduo de quem se quer obter a informação. Nas duas situações, o objetivo principal é obter respostas, as mais precisas possíveis. Uma resposta é precisa na medida em que ela se aproxima do fato, da condição ou do evento real. (Carmine e Zeller). A precisão de uma resposta depende de muitos fatores, entre eles, os mais importantes são:

- O momento, o lugar e o contexto no qual a pergunta foi feita (Fowler e Mangioni)
- As características (palavras, conceitos) da pergunta (Fowler)
- O conteúdo da pergunta (eventos, fatos ou atitudes) (Fowler)
- O interesse do entrevistado (se paciente, pessoa sadia, etc) (Pinto, 2007)
- Da memória do entrevistado (Fowler e Manginoi)
- Do entrevistador (procedimentos, atitudes e postura) (Fowler)
- Da capacidade de ler e compreender do entrevistado(escolaridade, nível de letramento) (Foss, 2004).

Muitos questionários e escalas usados em estudos epidemiológicos Batiston, 2007) e clínicos(Cavallazi, 2005), em screening(Batista, 2005)ou estudos de qualidade de vida(Silva, 2006)foram desenvolvidos para serem auto-preenchidos.Geralmente estes instrumentos são complexos, apresentam um número grande de opções de respostas e o leiaute ajuda muito a compreender e interpretar as referidas escalas.Devido à estas características, estes tipos de escalas não se prestam para serem administradas por um entrevistador, principalmente pela dificuldade do entrevistado em memorizar, por exemplo, 6 opções de respostas e selecionar uma delas.No entanto, estas escalas complexas quando lidas e compreendidas podem ser auto-preenchidas e propiciar respostas mais preciosas do que quando administradas pelo entrevistador.Por sua vez, a seleção de uma alternativa, a mais precisa possível, depende da capacidade de ler, compreender e interpretar cada um dos itens da escala (Foss, 2004)

O principal objetivo deste estudo é entender como o letramento pode influenciar na capacidade para preencher um questionário, de uma amostra de indivíduos de média ou baixa escolaridade (anos de escola).

A escala OSA-6 que foi usada neste estudo, é composta de 24 itens distribuídos em 5 domínios. As respostas estão organizadas numa escala numérica que vai de zero a seis, o zero correspondendo a “nunca” e o valor 6 a “não poderia ser pior”. Usou-se como indicador da capacidade dos indivíduos de preencher a escala, a proporção de indivíduos que preencheram todos os itens de cada um dos domínios. Esta proporção foi muito alta na primeira aplicação (de 39,69% a 46,8% nos 5 domínios).

Esta tarefa de preencher os itens da escala, parecer de uma dificuldade tal que um maior número de anos de escola foi importante para alguns domínios (2 domínios) e outros não (4 domínios). Observe-se que na segunda aplicação, em todos os domínios, a proporção de itens preenchidos foi significativamente maior entre os indivíduos com mais anos de escola. O mesmo fenômeno foi observado com o letramento. Na primeira aplicação, o nível de letramento teve uma influência significativa em 4 domínios e em todos os domínios na segunda aplicação. Estes resultados sugerem que o primeiro preenchimento funcionou como um treinamento e que o aprendizado foi maior entre os indivíduos com mais anos de escola e com melhor nível de letramento. A prática uma escala é aplicada apenas uma vez. Portanto, os resultados da primeira aplicação da escala permitem que se conclua que seja possível o uso da escala OSA-6 numa amostra semelhante à deste estudo.

A análise da confiabilidade Teste-Reteste inclui apenas os indivíduos que responderam à uma mesma pergunta nas duas aplicações da escala.

Considerando cada uma das perguntas isoladamente, este indicador de confiabilidade de acordo com a classificação de Lanois e Kock (1977), variou de moderado a substancial.

Visto desta forma, pode-se concluir que aqueles indivíduos que responderam a uma mesma pergunta duas vezes, o fizeram de forma razoavelmente consistente. Mas esta consistência não se manteve em toda a escala, uma vez que apenas 12 indivíduos (12,76%) preencheram a escala completa duas vezes.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Concluimos, portanto, que a amostra de mães e cuidadores de crianças com hipertrofia adenotonsilar do SUS, neste estudo do Hospital Infantil Albert Sabin, não exibe nível de escolaridade e ou letramento suficiente para dominar e responder conscientemente o instrumento OSA-6.

REFERÊNCIA

7 Referências.

ALLIENDRE, F.; CONDERMARIN, M. **A Leitura, teoria, avaliação e desenvolvimento**. Editora 8ª Edição Artmed. 2005

ARAGÃO, W. Respirador Bucal. **Jornal de Pediatria**, vol 64 (8) 1988.

BALBANY, A. P. S. SILKER, A. T. MONTOVANI, J. Atualização em síndrome da apnéia obstrutiva na infância. **Revista Brasileira de otorrinolaringologia**. v71, p fev, 2005

BAHAR, K.; KAYHN, O.; HAMDI, A.; Frequency of pharyngeal reflux in children with adenoid hyperplasia. **International journal of pediatrics otorhinolaryngology**. v69, p1103-1107, feb, 2005

BANDEIRA, M.; LIMA, L. A. et al. Qualidades psicométricas no papel da escala de habilidades de vida independente de pacientes psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 30(4):121-125, 2003

BATISTA, M. A.; SISTO, F. F. Estudo para a construção de uma escala de ansiedade para adolescente. **Estudos de Psicologia**, 22 (4):347-354 Outubro-dezembro 2005

BATISTA, S. S. T.; NERI, A. L. for Epidemiological Validade da escala de depressão do Center Studies entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, 41 (4):598-605, 2007.

BENTOLLILA, A. **De l'illettrisme em general at de l'école em particulier**. Paris. Plon, 1999

BRODSKY, L. Modern assessment of tonsils and adenoids. **Pediatric Clinic N Am** 36, 1551-69, 1989.

BOARI, L.;CAVALCANTI,C.M.;et al.Avaliação da Escala se Epworth em pacientes com a Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono.**Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.70 n.6 752-6, nov - dez,2004

BONAMINO, A.; COSCARELLI, C.; FRANCO, C. Avaliação e letramento: concepções de aluno letrado subjacentes ao SAEB e ao PISA. **Educação Social**. Vol 23 n81 p.91-113, dez 2002, Campinas

CARTHERY-GOULART, M. T.; FEGYVERES, R. A. et al. Adaptação transcultural da escala de avaliação de incapacidade em demência. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 65(3-B):916-919 2007.

CARTHERY-GOULART, M. T.; FEGYVERES, R. A. et al.Versão brasileira da escala Cornell de Depressão em Demência. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 65(3-B): 912-915, 2007.

CAVALLAZZI, T. G. L.; CAVALLAZZI, R. S. et al. Avaliação do uso da Escala Modificada de Borg na crise asmática. **Acta Paul Enfermagem** 18(1): 39-45, 2005

CHERVIN, R. D., ARCHBOLD, H. DILON, M. D. Inattetion, hyperactivity, and symptoms of sleep disorders breathing. **Pediactrics**, v.109, n.3, mar, 2003.

CHERVIN, R. D. RUZIKA, D. L. GIORDANI, B. J. **Sleep disorders breathing behavior and cognition in children before and after adenotonsilectomy. *Pediactrics***, v.117, p.769-778, oct, 2005.

DELL´ARINGA, A. R.; JUARES, A. J. et al.Análise histopatológica de produtos de adenotonsilectomia de janeiro de 2001 a maio de 2003. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, 71(1), janeiro, 2005.

DIFRANCESCO, R. C. PASSEROTTI, G., PAULUCCI, B., MINITI, A. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. **Revista brasileira de otorrinolaringologia**. v70, n 5, p665-670, set, 2004.

DI FRANCESCO, R. C; FORTES, F. S. G.; KOMATSU, C. L. Melhora da qualidade de vida em crianças após adenoamigdalectomia. **Revista brasileira de otorrinolaringologia**. v70, n6, dez, 2004.

DUALIBI, A. P. F. F. Nutritional evaluation in surgical treatment of children with hypertrophic tonsils and adenoids. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology** 66 (2002) 107-113

FERRARO, R. A. Analfabetismo e nível de letramento no Brasil: o que dizem os censos? **Educação e Sociedade**, Campinas, vol.23, n.81, p.21-47, dez. 2002.

FLOWER, F. J.; MANGIONE, T. W. Standardized survey interviewing: minimizing interviewer – related error. **Applied Social Research Methods Series** vol 18. 1990

FOSS, M. P.; VALE, F. A. C.; SPECIALI, J. G. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 63(1):119-126, 2005

FRASSON, J.M.D.;MAGNANI,M.B.B.A. et al.Estudo cefalométrico comparativo entre respiradores nasais e predominantemente bucais.**Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**,vol.72 n.1 São Paulo jan./fev.2006

FUNICELLO, A. P. F; PIGNATARI, S; WECKY, L. L. Nutritional evaluation in surgical treatment of children with hypertrophic tonsils and adenoids. **International journal of pediatrics otorhinlaryngology**. v66, p107-113, 2002.

KAPPA, C.J.W. Nominal scale agreement with provision for scaled agreement or partial credit. **Psychol Bull** 1968; 70:213-20.

GORUR, K. DOVEN, O.,UNAL, M. Preoperative and postoperative cardiac and clinical findings of patients with adenotonsillar hypertrophy. **International journal of pediatrics otorhinolaryngology**. v59, p41-46, 2001.

GREENFELD, M.; TAUMAN, R.; DEROWE, A.; SIVAN, Y. Obstrutive sleep apnea syndrome due to adenotonsillar hypertrophy in infants. **Interantional journal of pediatrics otorhinlaryngology**. V67, p1055-1066, may, 2003.

GRIEP, R. H.; CHOR, D. et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pro-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 19 (2): 625-634, mar-abr, 2003 RJ.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.; ZUARDIL, A.W.I. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. Lemos Editorial, São Paulo, 2000.

GOUVEIA, V. V.; ANDRADE, J. M. et al. Escala multi-fatorial de individualismo e coletivismo:elaboração e validação do construto. **Psicologia, teoria e pesquisa**, vol18, n2, 203-212, mai-ago 2002

KONSTATINIDIS, I. TRIARIDIS, S. TRIARIDIS, A. How do children with adenoid hypertrophy smell and taste? Clinical assessment of olfactory function pre and pos adenoidectomy. **International journal of pediatrics otorhinolaryngology**. v69, p1343-1349, mar, 2005.

LIMA, L. A.; BANDEIRA, M. et al. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente (ILSS-BR) para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol.52 (2): 143-158, 2003

LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M. et al. Adaptação transcultural da escala de independência da vida diária. **Caderno de Saúde Pública**, 24 (1):103-112, janeiro 2008

LOURENÇO, E. A.; LOPES, K. C. Estudo comparativo radiológico e nasofibroscópico do volume adenoideano em crianças respiradoras orais. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, 71(1) janeiro-fevereiro, 2005

LUFT, C. B., SANCHES, S. O. et al. Versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, 41(4): 606-15, 2007

MARCOLINO, J. A.; MATHIAS, L. A. S. T. et al. Escala hospitalar de ansiedade E DEPRESSÃO: Estudo da validade de critério e confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**.VOL.57, N1, JANEIRO-FEVEREIRO, 2007.

CAROLE,L.M. ; CARROL, J. L. et al. Determinants of growth in children with obstructive sleep apnea syndrome. **The Journal of Pediatrics** vol. 125, number 4

MATTOS, P.; SEGENREICH, D. et al. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica**, 33 (4): 188-194, 2006

MITCHELL, R. B.; KELLY, J. et al. Quality of life adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea in children. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, 130(2): 190-4 2004.

MOREIRA, R. O.; CASTRO, A. P. et al. Tradução para o português e avaliação da confiabilidade de uma escala para diagnóstico da polineuropatia diabética. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, vol.49 n 6 dezembro, 2005.

NIGRI, P. Z.; PECCIN, M. S. et al. Tradução, validação e adaptação cultural da escala de atividade de vida diária. **Acta Ortopedia Brasileira**. 15 (2: 101-104), 2007

OLIVEIRA, B. J., Avaliação em alfabetização. **Ensaio: aval, pol. Públ. Educ. Rio de Janeiro**, vol.13, n. 48 p. 375-382, jul/set. 2005.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (ESCALA CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.10, 507-516, set/dez 2005.

PAPARELLA, M. M.; BOIES, L. R. **Otorrinolaringologia de Bóies**. Editora Interamericana, Quinta Edição, 1993.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R.A.; Veras, r. p. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, 39(6): 918-23, 2005.

PASCHOALT.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de psicologia**, 9 (1):45-52, 2004

PAVAN, K.; SCHIMIDT, K. et al. Esclerose múltipla. Adaptação transcultural e validação da escala modificada de impacto de fadiga. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 65(3-A): 669-673, 2007.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Caderno de Saúde Pública**, 21 (2): 436-448, mar-abr, 2005.

PINTO, D. S.; VELOSO FILHO C. L. et al. Transcultural. Escala de Avaliação de comportamento sexual de risco para adultos: tradução e adaptação para o português brasileiro. **Revista de Psiquiatria**, 29(2). RS, 2007

.

PRO HOMINE. Avaliação multidisciplinar da respiração bucal. **Revista científica da UNILAVRAS**. ano2, n. 2 jan-fev 2003.

REILLY, J. Apnéia obstrutiva do sono e roncos em crianças: noções gerais. III **Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO**, 2003

RIBEIRO, M. V.; VÓVIO, L. C.; MOURA, P. M. Letramento no Brasil: alguns resultados do indicador nacional de alfabetismo funcional **Educação e Sociedade**, Campinas, vol.23, n.81, p.49-70, dez.2002

SALLES, C.; CAMPOS, P. S, F.; DALTRO, C. Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono. **Revista brasileira de otorrinolaringologia**. v71, mai, 2005.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 10(6):757-64, novembro - dezembro, 2002

SERRES, L. M. DERKAY, C. ASTLEY, S. Measuring quality of life in children with obstructive sleep disorders. **Arch otolaryngol head & neck surgery**.v.126, n.12, p.1423-1429, dec, 2000

SIH, T.; GODINHO, R.; et al. **IV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO**. Lis Gráfica & Editora, Guarulhos, SP, 2006.

SILVA, V. C.; LEITE, A.J.M. Qualidade de vida em crianças com distúrbios obstrutivos do sono: avaliação pelo ODA-18. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** 72 (6) Nov-Dez 2006.

SOARES, M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Revista Brasileira de Educação**, n25, jan/fev/mar/abr 2004

SOUZA, J. B. R.; LIMA, V. T. A.; VALERA, F. C. P. Cephalometric assessment of the mandibular growth pattern in mouth breathing children. **International journal of pediatrics otorhinolaryngology**. v69, p 311-317, oct, 2004.

SOUZA,R.L.;MEDEIROS,J.G.M. et al.Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral.**Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 56(2): 102-107, 2007

STEWART, M. G. et al. Pediatric outcomes research: Development of an outcomes instrument for tonsil and adenoid disease. **Laryngoscope. Supplement**, 110, mar, 2000.

STEWART, M. G. FRIEDMAN, E. et al. Quality of life and health status in pediatrics tonsil and adenoid disease. **Atchives of otolaryngology head & neck surgery**. v126, p.45-48 ,jan, 2000.

STOOL, S. Apnéia obstrutiva do sono. **IV Manual de otorrinolaringologia da IAPO**. Lis Gráfica & Editora, Guarulhos, dec, 2000.

STREINER DL, Norman GR. **Health Measurement Scales. A Practical Guide to their Development and use**. Third Edition, 2003. Oxford University Press, New York.

STROMQUIST, N. Convergência e divergência na conexão entre gênero e letramento: novos avanços.**Educação e pesquisa**,v.27, 301-320, jul-dez. 2001. São Paulo

TEZER, M. S.; KARNFIL, A.; AKTAS, D. Association between adenoidal nasopharyngeal ratio and right ventricular diastolic functions in children with adenoid hypertrophy causing upper airway obstruction. **International journal of pediatrics otorhinolaryngology**. v69, p1169-1173, jan, 2005.

TFOUNI, L. V. **Letramento e alfabetização**. Editora Cortez, 7ª Edição, São Paulo, 2005

ANEXOS