

Pré-Testes de um Questionário Multidimensional Autopreenchível: a Experiência do Estudo Pró-Saúde UERJ

*EDUARDO FAERSTEIN**

*CLAUDIA DE SOUZA LOPES**

*KATIA VALENTE***

*MARIA ASUNCIÓN SOLÉ PLÁ***

*MARCELO B. FERREIRA****

RESUMO

Discute-se neste artigo um conjunto de recomendações aplicáveis à elaboração de questionários autopreenchíveis, de uso crescente em pesquisas populacionais. São apresentados aspectos selecionados da experiência adquirida em seis etapas de pré-testes do questionário do Censo Saúde UERJ 99, envolvendo 350 voluntários. São enfatizados aspectos relacionados à compreensão das perguntas e instruções, à diagramação do questionário e ao uso de perguntas-filtro e frases de esclarecimento. Menciona-se também a necessidade de minimizar o impacto da leitura parcial de perguntas e opções de resposta e de possíveis efeitos de seqüência.

Palavras-chave: Métodos de pesquisa; pré-testes; questionários.

* Doutores em Epidemiologia, coordenadores do Pró-Saúde UERJ, professores adjuntos do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

** Mestres em Saúde Coletiva, pesquisadoras do Pró-Saúde UERJ.

*** Mestrando em Ciências Sociais, pesquisador do Pró-Saúde UERJ.

ABSTRACT

Pretests of a multidimensional self-administered questionnaire: the experience of “Pró-Saúde UERJ”

In this paper, we discuss several recommendations relevant to the development of self-administered questionnaires, which are being increasingly utilized in population research. Selected aspects are presented from the experience gathered along six rounds of pretests of the questionnaire from the “Censo Saúde UERJ 99”, involving 350 volunteers. We emphasize aspects related to the understanding of questions and instructions, the questionnaire layout, and the use of filter questions and clarifying sentences. In addition, we mention the need to minimize the impact of incomplete reading of questions and response options, and of possible sequence effects.

Keywords: Survey methods; pretests; questionnaires.

RÉSUMÉ

Prétests d'un questionnaire multidimensionnel auto-remplissable: l'expérience du “Pró-Saúde UERJ”

Dans cet article, nous discutons un ensemble de recommandations relatives à l'élaboration de questionnaires auto-remplissables qui sont de plus en plus utilisés en recherche populationnelle. Les aspects sélectionnés qui sont présentés proviennent de l'expérience accumulée durant 6 étapes de prétests du questionnaire du “Censo Saúde UERJ 99”, réalisé par 350 volontaires. Nous mettons en valeur les aspects qui sont en rapport avec la compréhension des questions et directives, le format du questionnaire, et l'usage de questions de filtre et phrases de clarification. De plus, nous discutons le besoin de minimiser l'impact de la lecture incomplète des questions et des options de réponses, et des effets possibles de la séquence.

Mots-clé: Méthodes de recherche; prétests; questionnaire.

Recebido em 13/12/99.

Aprovado em 28/12/99.

Introdução

A gama de exposições, eventos e processos relacionados à saúde e investigados no âmbito da Epidemiologia multiplicou-se e assumiu crescente complexidade nas últimas décadas. É surpreendente, portanto, que questões teóricas e metodológicas relacionadas às suas técnicas de mensuração tenham, até recentemente, recebido relativamente pouca atenção na literatura epidemiológica (Armstrong *et al.*, 1994). Tal fato é facilmente verificável ao exame de diversos tratados da disciplina (e.g. Susser, 1973; Lilienfeld, 1980; Kleinbaum *et al.*, 1982; Rothman, 1986; Sackett *et al.*, 1991), onde se evidencia o contraste entre a progressiva sofisticação dos métodos de análise de dados e a menor atenção concedida ao aperfeiçoamento das técnicas destinadas à produção desses dados, como questionários preenchidos através de entrevistas pessoais ou telefônicas, ou através de autopreenchimento¹.

Apesar da crescente utilização de outros métodos de coleta de dados, como medições envolvendo técnicas sofisticadas de biologia molecular (Hulka *et al.*, 1990), muitas características de interesse epidemiológico continuarão necessariamente a depender de questionários como método único ou preferencial de aferição — entre outros, diversas condições de saúde definidas com base em sintomas, determinantes socioeconômicos e psicológicos de doenças, e hábitos e comportamentos relacionados à saúde.

Ainda que a necessidade de melhorar a qualidade da informação obtida através de questionários tenha sido ressaltada por diversos epidemiólogos (e.g. Gordis, 1979), e que alguns livros de Epidemiologia publicados em anos mais recentes enfatizem tais aspectos (Armstrong *et al.*, 1994), a maior parte das contribuições substantivas a respeito tem sido originária de outros campos disciplinares, como as Ciências Sociais e a Psicologia Cognitiva (Streiner e Norman, 1995; Babbie, 1990). Periódicos como o *Public Opinion Quarterly*, editado por cientistas sociais, publicam frequentemente resultados de pesquisas metodológicas relevantes para o aperfeiçoamento da elaboração de questionários. Em contraste, é pouco freqüente a apresentação

¹ Cabe especular sobre em que medida o uso por vezes rudimentar de questionários na pesquisa epidemiológica foi influenciado pela presença predominante de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros) envolvidos em graus variados com o atendimento a pacientes. Esses profissionais trazem consigo a experiência de coleta de dados sobre pacientes, atividade conduzida de forma rotineira nos consultórios e serviços de saúde com objetivos assistenciais mas, em geral, sem que se façam necessários os graus de padronização e rigor característicos da atividade científica.

de avanços nessa área nos periódicos mais estritamente epidemiológicos, a exemplo da discussão, por Warnecke *et al.* (1997), de aspectos cognitivos envolvidos no relato da realização de procedimentos de detecção precoce do câncer ginecológico por mulheres norte-americanas.

A avaliação da adequação das características de um questionário leva em conta múltiplos aspectos, cuja discussão escapa aos objetivos deste artigo². Esses aspectos incluem desde os objetivos e hipóteses da pesquisa até limitações de ordem material enfrentadas pelos pesquisadores. Frequentemente, há que se lidar com tensões entre objetivos conflitantes — e.g. a tensão entre uma possível maior adequação do questionário ao perfil de uma determinada população de estudo e a necessidade de obter dados comparáveis aos de outros estudos.

Entre outras características, questionários são tradicionalmente classificados segundo seu modo de aplicação, seja por entrevista pessoal ou telefônica, ou através de autopreenchimento^{3,4}. No Brasil, entretanto, a utilização de entrevistas telefônicas e de questionários autopreenchíveis (QAP) não alcançou ainda maior difusão, tendo em vista, respectivamente, a baixa cobertura e qualidade das linhas telefônicas e os baixos patamares de escolaridade.

Em comparação a questionários aplicados por entrevistadores, QAP enviados por correio apresentam, em geral, níveis mais baixos de participação da população-alvo, além de menor possibilidade de controle do ambiente da coleta dos dados e de ajuda ao respondente (*probing*, ou “sondagem”); por outro lado, os custos de sua aplicação podem ser substancialmente menores (Armstrong *et al.*, 1994). Quando anônimos, QAP podem constituir a via mais apropriada para a obtenção de dados sobre temas sensíveis (e.g. realização de abortos, consumo de drogas ilícitas, práticas sexuais, violência doméstica). Tourangeau e Smith (1996) observaram o relato de frequências mais elevadas de alguns comportamentos de natureza sensível com o uso de

² Recomendamos aos interessados em uma abordagem introdutória ao tema o excelente livro de Earl Babbie (1990).

³ Frequentemente ocorre uma combinação de métodos, como entrevistas telefônicas para determinação de elegibilidade seguidas de entrevistas pessoais, ou envio pelo correio de questionário autopreenchível seguido de entrevista telefônica para complementação de dados.

⁴ Nos anos 90, avanços importantes estiveram relacionados à utilização (ainda incipiente no Brasil) da microcomputação acoplada de modo direto à realização de entrevistas pessoais (CAPI, *computer-assisted personal interview*) e telefônicas (CATI, *computer-assisted telephone interview*).

QAP anônimos. Em especial, pesquisas na área do consumo de drogas também corroboram esses achados, mostrando que essa estratégia de coleta de dados, aliada a técnicas alternativas de amostragem, pode aumentar a garantia de dados acurados (Biernacki e Waldford, 1995). Como esses e outros temas sensíveis vêm assumindo importância sociológica e epidemiológica cada vez maior, é possível que o uso de QAP seja intensificado.

Outros fatores tendem igualmente a favorecer a utilização crescente de QAP. Em primeiro lugar, fica cada vez mais difícil alcançar altas taxas de participação em entrevistas pessoais realizadas em domicílios de grandes centros urbanos. Em segundo, no que diz respeito a entrevistas telefônicas, parecem ainda incertas as conseqüências da progressiva disseminação de secretárias eletrônicas acopladas a telefones fixos e móveis. Terceiro, a restrição de fundos para pesquisa torna imperativo o aperfeiçoamento de métodos efetivos de coleta de dados de menor custo. Por último, a disseminação progressiva do acesso à Internet tende a aumentar seu potencial para a realização de pesquisas populacionais (Schaefer e Dillman, 1998).

Portanto, torna-se relevante estimular avanços metodológicos na área dos QAP. Sua possível utilização crescente contrasta com o fato de que a literatura de cunho metodológico é substancialmente menos abundante a respeito desse método de coleta de dados. De fato, em relação a entrevistas telefônicas, por exemplo, abordam-se detalhes como melhores horários para ligações, estratégias frente a secretárias eletrônicas, entre outros (Marcus e Crane, 1986).

Uma linha possível de avanços pode ter seu foco na exploração mais detalhada da especificidade da utilização de QAP em populações "fechadas" (instituições, empresas) com aplicação em grupos, com apoio de aplicadores treinados, em vez da estratégia clássica de envio por correio e autopreenchimento no domicílio. Seu uso nessas condições pode combinar baixo custo com a padronização do ambiente para preenchimento e a inclusão de estratégias de ajuda ao respondente, além de permitir taxas de participação maiores em relação a QAP enviados por correio (Armstrong *et al.*, 1994; Streiner e Norman, 1995). Em nosso país, o estudo sobre condições de saúde dos funcionários do Banco do Brasil (Chor, 1996) constituiu uma experiência bem-sucedida com a utilização dessa estratégia.

Neste artigo, discutimos aspectos selecionados de nossa experiência na etapa de pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível, no local de trabalho, por população adulta, com o objetivo de ressaltar alguns temas de importância prática para a elaboração e pré-testagem de instru-

mentos similares de coleta de dados, em populações semelhantes. Restringimo-nos, nesta oportunidade, à discussão de aspectos referentes ao aperfeiçoamento do questionário, deixando de lado aqueles relacionados à edição e codificação dos questionários e ao processamento dos dados.

O Censo Saúde UERJ 99: Objetivos e Características do Questionário

O Censo Saúde UERJ 1999 contou com a participação de 4.059 funcionários técnico-administrativos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, representando 89,2% do universo de funcionários elegíveis. Realizado entre agosto e outubro de 1999, o Censo constituiu a primeira etapa de coleta de dados do Estudo Pró-Saúde UERJ — um estudo de coorte que pretende, entre outros objetivos, investigar determinantes sociais de hábitos, comportamentos e eventos relacionados à saúde nessa população. O Censo teve como instrumento de coleta de dados um questionário autopreenchível, aplicado preferencialmente de maneira simultânea em grupos de funcionários, com o apoio de aplicadores treinados. O questionário foi composto de 149 perguntas, cuja seleção ou elaboração foram precedidas de ampla avaliação de questionários utilizados em estudos com objetivos semelhantes no país e no exterior, identificados através de consultas a bancos de dados bibliográficos e a diversos pesquisadores.

As perguntas foram distribuídas em seis blocos referentes aos seguintes temas gerais: morbidade física e mental referida e utilização de medicamentos; acesso e utilização de serviços de saúde e o uso de terapias alternativas; história de peso, prática de exercícios físicos, hábitos alimentares e consumo de fumo e álcool; rede e apoio social e eventos de vida produtores de estresse; dados socioeconômicos e características familiares; e especificamente para mulheres, realização de exames preventivos ginecológicos, diagnóstico de mioma, realização de pré-natal, histerectomia, cesariana e ligadura tubária. Após o preenchimento do questionário, o peso e a altura dos funcionários foram também aferidos pelos aplicadores.

Estratégia dos Pré-testes

Os pré-testes e estudo piloto, realizados no primeiro semestre de 1999, tiveram como principal objetivo fornecer subsídios para o aprimoramento de sucessivas versões do questionário. Durante sua realização foram avaliados,

entre outros aspectos: clareza da formulação das perguntas, possíveis resistências em responder a determinadas perguntas, adequação e suficiência das opções de resposta, clareza das instruções de “pulo” de perguntas e de outras frases de esclarecimento, adequação da seqüência e transição dos blocos temáticos e de sua diagramação, e tempo necessário para o preenchimento.

Os pré-testes foram concebidos como um processo gradual de aperfeiçoamento do questionário, desenvolvido em seis estágios que envolveram um total de 350 voluntários. Na etapa 1, a própria equipe de pesquisadores e colaboradores (12 pessoas) respondeu à versão 1 do questionário; os comentários e sugestões resultantes subsidiaram a elaboração da versão 2. Nas etapas 2 a 5, os pré-testes foram realizados com voluntários recrutados em diversas instituições: FIOCRUZ (Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Oswaldo Cruz e Instituto Fernandes Figueira), UFRJ (Faculdades de Enfermagem e Nutrição, Museu Nacional), e Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Sempre que possível, os grupos de voluntários foram constituídos por funcionários públicos, homens e mulheres entre 20 e 60 anos, com graus variados de escolaridade (cerca de 20% com 1º grau, 60% com 2º Grau e 20% com nível universitário), com o objetivo de guardar características próximas às dos funcionários técnico-administrativos do quadro efetivo da UERJ, população-alvo do Censo.

Na etapa 2 foram realizadas 25 entrevistas; os respondentes foram estimulados a “pensar alto” e a tecer comentários detalhados sobre dificuldades encontradas, de qualquer natureza. Na etapa 3, a versão correspondente do questionário foi pela primeira vez “aplicada”, ou seja, autopreenchida por 25 voluntários; nessa oportunidade, os aplicadores limitaram-se a registrar dúvidas e questionamentos surgidos espontaneamente. As observações realizadas nas etapas iniciais permitiram melhorias substantivas em aspectos cruciais do questionário — e.g. maior garantia da natureza (desejável) exaustiva e mutuamente excludentes das opções de resposta oferecidas.

As etapas 4 e 5 envolveram, respectivamente, 38 e 50 voluntários. Nessas etapas, o *layout* definitivo do questionário foi gradativamente delineado, assim como o contexto da aplicação em grupos e dos procedimentos de consentimento informado. Foram também pré-testados: a adequação da tela de entrada de dados, e.g. checagem automática de valores inválidos, “pulos” automáticos de perguntas etc.; os procedimentos de dupla entrada independente e de correção de erros de digitação; e outros aspectos relacionados ao processamento dos dados. As proporções de perguntas deixadas em branco e a variabilidade das respostas

fornecidas foram também analisadas em detalhe nessas etapas⁵.

A etapa 6 consistiu da realização do estudo piloto, que representou um “ensaio geral”, passo a passo, de todas as atividades com execução prevista para o Censo, inclusive aferição de peso e altura dos participantes, e utilização de manuais de instruções (para aplicadores, supervisores e codificadores) e formulários. O estudo piloto foi também planejado para permitir análises de confiabilidade do questionário, a partir da repetição de sua aplicação com intervalo de duas semanas (“teste” e “reteste” — com resultados quantitativos não relatados no presente artigo). A população-alvo do estudo piloto foi constituída dos funcionários da UERJ não pertencentes ao quadro efetivo, ou seja, contratados em regime de prestação de serviços para atividades semelhantes àquelas dos funcionários efetivos. Após uma semana de treinamento, a equipe de 50 aplicadores e cinco supervisores de campo do Censo conduziu o estudo piloto em uma amostra sistemática de 200 funcionários não pertencentes ao quadro efetivo, estratificada por gênero, idade e escolaridade. Participaram do reteste 192 funcionários, ou seja, 96% do total.

Alguns Resultados e Comentários

Apresentamos a seguir algumas recomendações selecionadas, comentadas em conjunto com problemas detectados nos pré-testes. Tais recomendações — enfatizamos, de natureza essencialmente prática — foram aquelas consideradas especialmente relevantes para a construção de questionários autopreenchíveis.

Deve-se Minimizar Possíveis Dificuldades de Compreensão do Texto das Perguntas, Instruções Adicionais e das Opções de Resposta

Em questionários preenchidos por entrevistadores, dúvidas dos respondentes quanto à informação solicitada, sejam explicitadas verbalmente

⁵ Apesar da discussão mais aprofundada do tema escapar aos limites deste artigo, merece referência a seguinte noção: se a explicitação de **relações** entre variáveis constitui o interesse primordial em uma investigação empírica, é preciso dispor de variabilidade nas respostas, uma vez que não se pode pretender explicar diferenças que não existem nos dados... Dito de outra forma, a descrição de valores absolutos da distribuição das respostas nem sempre constitui o principal interesse analítico e, portanto, conceitos, perguntas e opções de resposta mais adequados podem não ser aqueles que “refletem a realidade”, mas sim os que melhor permitem hierarquizar participantes e criar estratos de tamanho adequado para comparação. Sugerimos a leitura de excelente trecho de Babbie (1990: 230-3) a respeito.

ou sugeridas por silêncio ou expressões faciais, indicam ao entrevistador a necessidade de esclarecê-las. Quando se utilizam QAP, tais oportunidades não ocorrem; mesmo que o questionário seja aplicado de modo supervisionado, dúvidas tendem a ser enunciadas menos freqüentemente. Portanto, com esse tipo de instrumento deve ser ainda mais intenso o esforço de detectar, durante os pré-testes, possíveis dificuldades de compreensão ou inadequação do texto das perguntas, instruções adicionais e das opções de resposta.

Nos pré-testes de nosso questionário, enquanto algumas dificuldades decorreram do desconhecimento de determinados conceitos por alguns respondentes, outras resultaram claramente de ambigüidades intrínsecas ao conceito utilizado. Seguem-se alguns exemplos dessas situações e das medidas adotadas:

a) em itens relativos à história de diagnósticos médicos, vocabulário popular foi agregado a vários termos técnicos — e.g. acidente vascular cerebral ou “derrame”; angina ou “má circulação no coração”; prolapso do útero ou “útero caído”; cálculo ou “pedra” no rim ou vesícula etc.;

b) a pergunta “qual a sua cor?” foi interpretada várias vezes como referindo-se à cor favorita (azul, verde etc.), sendo substituída por “Em sua opinião, qual a sua cor ou raça?” (os pesquisadores decidiram superar sua resistência inicial em empregar no questionário a controversa expressão “raça”);

c) a opção “solteiro”, no item relativo à situação conjugal (“Atualmente, você é...), teve interpretação variada; ao final, considerou-se mais adequada a seguinte redação: “solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)”;

d) no bloco de perguntas destinadas à caracterização do núcleo familiar e da estrutura do domicílio, as objeções de vários participantes às opções fornecidas inicialmente para a pergunta “Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?” levou à inclusão das opções “Eu e meu cônjuge, igualmente” e “Não tem chefe”;

e) a expressão “em média”, constante de várias questões, revelou-se inadequada para vários respondentes de menor escolaridade, sendo substituída por “em geral” (e.g. “Em geral, com que freqüência você vai ao dentista para uma revisão de rotina?”).

Frases de esclarecimento podem ser agregadas ao texto de determinadas perguntas. Entretanto, a inclusão dessas frases em QAP, assim como sua extensão, deve ser avaliada criteriosamente em cada pergunta específica, já que o esforço de clarificá-la para alguns poucos respondentes pode tornar

o questionário desnecessariamente mais longo — e portanto, pior — para muitos outros. Em algumas situações, inclusive, é possível que um certo nível de imprecisão seja apropriado. Em nosso caso, a pergunta “Com que idade você começou a trabalhar?” poderia, em princípio, requerer esclarecimentos — e.g. considerar apenas trabalho remunerado ou não? Com carteira assinada ou não? Ajudando a família (na “roça”, em casa) ou não? Entretanto, optou-se por privilegiar a percepção de cada participante sobre o início de atividades laborais, sem qualificativos.

Por outro lado, as análises pretendidas podem justificar esclarecimentos mais detalhados ao respondente sobre o que se pretende com determinada pergunta. Como no Estudo Pró-Saúde UERJ será enfatizada a análise de determinantes socioeconômicos de hábitos e comportamentos de saúde, optou-se, por exemplo, pelo detalhamento da pergunta sobre renda familiar: “No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar **líquida**, isto é, a soma de rendimentos, já com descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?”.

Deve-se Buscar a Redução de Possíveis “Efeitos de Sequência” na Leitura de Trechos das Perguntas e Opções de Resposta

Alguns participantes tendem a interromper a leitura do texto integral de perguntas e/ou opções de resposta antes do final das frases, o que pode acarretar erros sistemáticos nos resultados do estudo. A observação desse fenômeno, durante os pré-testes, motivou o posicionamento de cláusulas qualificativas fundamentais no início das sentenças, e.g. “**Nas últimas 2 semanas**, com que frequência você se sentiu cansado sem motivo aparente?”, além da ênfase conferida a instruções iniciais aos respondentes (“Responda após ler devagar cada pergunta até o final, e todas as opções de resposta”).

O fato de que certas opções de resposta a determinadas perguntas possam ser consideradas por alguns participantes como socialmente “indesejáveis” constitui problema relacionado ao anterior, e que pode originar erros sistemáticos potencialmente maiores. Verificou-se durante os pré-testes que a leitura completa das opções de resposta disponíveis parecia por vezes interrompida quando o respondente selecionava logo de início uma opção de resposta socialmente “desejável”. Por essa razão, em vários itens do questionário opções de resposta “indesejáveis” encabeçaram a lista das respostas possíveis. Por exemplo, nas opções oferecidas sobre a frequência habitual da realização de auto-exame das mamas pelas mulheres, o item inicial foi

“nunca”, e a última “todo mês ou quase todo mês”, e não ao contrário, como de hábito. Da mesma forma, na pergunta “Com que frequência você consome frutas frescas?”, a primeira opção foi “nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês”, e a última, “diariamente”.

Na pergunta sobre filiação religiosa, fenômeno dessa natureza (certamente mais complexo) foi detectado e teve tratamento similar. Nas análises pretendidas, há interesse em distinguir de modo detalhado, por exemplo, a adesão às vertentes afro-brasileiras e às denominações protestantes (neopentecostais vs. históricos). As opções de resposta — religiões relatadas no último Censo Demográfico no Rio de Janeiro — foram apresentadas em ordem alfabética após a pergunta “Atualmente, qual é a sua religião?” (acompanhada, entre parênteses, da sentença “aquela com que você mais se identifica”), com o objetivo de reduzir possível efeito de seqüência.

Deve-se Tornar o Questionário o Mais “Amigável” Possível para o Respondente

A duração média do preenchimento é aspecto crucial a ser considerado. A observação das reações dos voluntários durante as primeiras etapas de pré-testes levou à eliminação de alguns blocos de perguntas inicialmente programados para inclusão no Censo, com o objetivo de alcançar uma duração média de 30-40 minutos.

A ausência de um entrevistador no controle ativo da situação pode levar a que os respondentes de QAP tendam mais frequentemente a deixar itens em branco, seja por não se recordarem com exatidão da informação solicitada, por impaciência, ou ainda por considerarem que nenhuma opção de resposta corresponde exatamente à sua situação. Nesse sentido, o questionário foi gradativamente aperfeiçoado em vários aspectos após cada etapa de pré-testes, com nítido impacto na redução dessa tendência.

Passou-se a enfatizar instruções a serem lidas antes do início do preenchimento, que incluíram as seguintes sentenças: “Para todas as perguntas, há sempre uma resposta que se aplica melhor ao seu caso”; “Mesmo que você não se lembre com precisão da situação abordada na pergunta, tente responder da forma mais aproximada possível”; “Não deixe perguntas ou itens em branco, a não ser que o próprio questionário instrua para ‘pular’ perguntas”.

Foi também possível perceber claramente a importância do *layout* do questionário. A diagramação deve ser “limpa” e consistente, de modo a facilitar prioritariamente as tarefas do participante, e não, por exemplo, aquelas do digitador.

A esse respeito, em QAP se deve evitar a “poluição visual” causada por colunas dispostas lateralmente nas páginas para codificação das respostas.

Da mesma forma, a utilização de quadros reunindo sub-itens de uma mesma pergunta deve ser ponderada cuidadosamente, porque estes podem representar dificuldades adicionais para os respondentes. Com frequência, como no Censo Saúde UERJ, pode ser conveniente dispor de um enunciado comum do tipo “Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem...” seguido de uma lista de várias condições de saúde de interesse para marcação “Sim” vs. “Não”, seguida da idade ao diagnóstico etc. Nesse caso, os quadros resultantes devem assumir formato consistente entre si e com o restante das perguntas, para evitar a dispersão da atenção do respondente. Além disso, é boa prática evitar instruções apenas para marcação de respostas “Sim” — i.e. cada sub-item deve ser objeto da marcação “Sim” vs. “Não”, para permitir a diferenciação correta entre a resposta “Não” e dados faltantes.

Outra reflexão motivada por dificuldades enfrentadas por alguns participantes se refere ao tema das perguntas-filtro. A introdução de perguntas-filtro é recomendada em geral para questionários, com o objetivo de facilitar o foco mental do respondente e o fluxo da entrevista. Por exemplo, entrevistadores bem treinados “pulam”, sem quebra de continuidade da entrevista, perguntas sobre características do hábito de fumar (idade de início, número de cigarros fumados por dia etc.), se o entrevistado responder negativamente à pergunta-filtro inicial “Você é ou já foi fumante de cigarros, ou seja, já fumou, ao longo da vida, pelo menos 100 cigarros (cinco maços)?”

Em QAP, entretanto, tais instruções de “pulo” podem representar esforço mental adicional para muitos respondentes. Os pré-testes revelaram claramente que há vantagens em eliminar perguntas-filtro e instruções de “pulo” em determinadas situações. Um bom exemplo foi a pergunta em relação ao uso de contraceptivo oral (CO), onde se tinha como objetivo diferenciar três categorias: as que nunca usaram CO, ex-usuárias e atuais usuárias de CO. Regras ortodoxas recomendam uma pergunta-filtro para identificar as que nunca usaram, que são instruídas a “pular” para o bloco seguinte; as que já usaram alguma vez são então inquiridas sobre uso atual de CO. Tendo em vista que o texto integral da pergunta e das opções de resposta está à vista do respondente, há vantagens claras em, após perguntar “Você já usou pílulas anticoncepcionais para evitar gravidez ou para tratamento ginecológico?”, apresentar diretamente as opções qualificadas “Sim, uso atualmen-

te”, “Sim, já usei, mas não uso mais” e “Não”. Como tais situações ocorrem freqüentemente, essa alternativa de formulação pode simplificar consideravelmente o preenchimento do questionário, sem perda de qualidade.

Em conclusão, a realização de uma seqüência de pré-testes detalhados permitiu, em nosso caso, aperfeiçoar de modo substancial diversos aspectos do questionário utilizado no Censo Saúde UERJ 99. Cabe mencionar que a realização de pré-testes não substitui, mas em muitos casos deve anteceder e pode aumentar a eficiência de outras etapas metodológicas indicadas, como estudos de validade e confiabilidade da informação obtida por questionários. É possível afirmar que a aplicação simultânea de questionários autopreenchíveis a grupos de respondentes permite a realização da fase de coleta de dados com grande eficiência de recursos e tempo, desde que a população de estudo apresente patamares adequados de escolaridade. Entretanto, tal estratégia exige atenção substancial aos detalhes de etapas “pré-coleta” (e.g. diagramação adequada do questionário) e “pós-coleta” (e.g. preparação dos questionários para digitação).

Em próximos ciclos de coleta de dados no âmbito do Estudo Pró-Saúde UERJ, pretendemos desenvolver pré-testes de questionários com a utilização de técnicas “laboratoriais”, que incluem a avaliação detalhada de processos cognitivos registrados pelos participantes (Bercini, 1992). Estamos de acordo, neste particular, com as preocupações manifestadas há quase 50 anos por Sir Austin Bradford Hill, quando afirmava que se deveria “(...) buscar mais fatos, prestando menos atenção a técnicas de manejo dos dados e muito mais ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de métodos para obtê-los”, buscando desenvolver (...) “uma amplitude de visão na busca dos fatos que se alia a uma atenção quase nauseante ao detalhe”⁶ (Hill, 1953).

Referências Bibliográficas

- ARMSTRONG, B. K; WHITE, E.; SARACCI, R. *Principles of exposure measurement in Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 1994 (*Monographs in Epidemiology and Biostatistics*, v. 21).
- BABBIE, E. *Survey research methods*. New York: Wadsworth Publishing Company, 1990.

⁶ Tradução por Eduardo Faerstein.

- BERCINI, D. H. Pretesting questionnaires in the laboratory. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, 1v. 2, n. 2, p. 241-8, 1992.
- BIERNACKI, P.; WALDFORD, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Social Methods Res.*, v. 2, p. 141-63, 1995.
- CHOR, D. *Perfil de risco cardiovascular de funcionários de banco estatal*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1996.
- GORDIS, L. Assuring the quality of questionnaire data in epidemiologic research. *American Journal of Epidemiology*, v. 109, n. 1, p. 21-4, jan. 1979.
- HILL, A. B. Observation and experiment. *New England Journal of Medicine*, v. 248, p. 995-1.001, 1953.
- HULKA, B. S.; WILCONSKY, T. C.; GRIFFITH, J. D. *Biological Markers in Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 1990.
- KLEINBAUM, D. G.; KUPPER, L. L.; MORGENSTERN, H. *Epidemiologic Research*. Belmont: Lifetime Learning Publications, 1982.
- LILIENFELD, A. M.; LILIENFELD, D. E. *Foundations of Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 1980.
- MARCUS, A. C.; CRANE, L. A. Telephone surveys in public health research. *Medical Care*, v. 24, p. 97-112, 1986.
- ROTHMAN, K. J. *Modern Epidemiology*. Boston: Little, Brown and Company, 1986.
- SACKETT, D. L.; HAYNES, R. B.; GUYATT, G. H.; TUGWELL. *Clinical Epidemiology - a basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown and Company, 1991.
- SCHAEFER, D. R.; DILLMAN, D. A. Development of a standard e-mail methodology: results of an experiment. *Public Opinion Quarterly*, v. 62, n. 3, p. 378-97, 1998.
- STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. *Health Measurement Scales - a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- SUSSER, M. *Causal thinking in the health science*. Oxford: Oxford University Press, 1973.
- TOURANGEAU, R.; SMITH, T. W. Asking sensitive questions: the impact of data collection mode, question format, and question context. *Public Opinion Quarterly*, v. 60, n. 2, p. 275-304, 1996.
- WARNECKE, R. B.; SUDMAN, S.; JOHNSON, T. P.; O'ROURKE, D.; DAVIS, A. M.; JOBE, J. B. Cognitive aspects of recalling and reporting health-related events: Papanicolaou smears, clinical breast examinations, and mamograms. *American Journal of Epidemiology*, v. 146, n. 11, p. 982-92, 1997.