

13

Instrumentos para Coleta de Dados em Qualidade de Vida, Atividade Física e Conhecimento Nutricional

*Erika da Silva Maciel
Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos - USP*

*Grace Angélica de Oliveira Gomes
Mestre em Gerontologia - UNICAMP*

O uso de questionários para avaliação do estilo de vida e identificação de possíveis comportamentos prejudiciais à saúde tem sido cada vez mais frequente por ser um método de baixo custo e de aplicação relativamente rápida.

Esses instrumentos fornecem subsídios para a elaboração de políticas de promoção da saúde e estratégias capazes de modificar maus hábitos que possam prejudicar a qualidade de vida do indivíduo.

A identificação prévia dos componentes que mais influenciam a qualidade de vida em coletividades é essencial para o sucesso de um programa, pois permite a construção de ações e intervenções mais eficientes já que, dessa forma, utiliza-se dados fornecidos pela comunidade, que tendem a refletir a realidade do coletivo.

Qualidade de vida: World Health Organization
Quality of Life – WHOQOL

Para a avaliação da qualidade de vida é fundamental a utilização de instrumentos de fácil aplicação e que contemplem os aspectos subjetivos do indivíduo, incluindo suas expectativas, percepções e emoções.

Instrumentos de avaliação da qualidade de vida vêm sendo desenvolvidos, especialmente nos Estados Unidos. No entanto, há necessidade de viabilizar a avaliação da qualidade de vida com a conversão do conteúdo dos mesmos para outros idiomas, além da necessária adaptação para possibilitar a utilização em outros países (FLECK *et al.*, 1999).

Tema de pesquisa reconhecido como imprescindível para a área da saúde, a qualidade de vida tem sido avaliada com a expectativa de que seus resultados possam contribuir para aprovar e definir tratamentos além de avaliar a relação entre custo e benefício do cuidado prestado.

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde – OMS buscou elaborar uma definição unificada e transcultural para qualidade de vida e concomitantemente houve motivação para o desenvolvimento de métodos para avaliá-la. Atualmente, os instrumentos reconhecidos pela OMS podem ser encontrados na forma completa (WHOQOL-100) e abreviada (WHOQOL-BREF) (BERLIM; FLECK, 2003).

O WHOQOL é disponibilizado em aproximadamente 20 idiomas. O desenvolvimento e a tradução da versão para o português seguiram a metodologia proposta pela OMS, com a participação de uma equipe bilíngüe que buscou a interpretação das perguntas de forma que tivessem o mesmo sentido em diferentes idiomas (FLECK *et al.*, 1999).

O WHOQOL-100 (versão longa) possui seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais). Cada domínio é constituído por 24 facetas específicas divididas em cem questões, a descrição do instrumento está listada na tabela a seguir.

Tabela 1: Domínios e facetas do WHOQOL-100

I - Domínio Físico 1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso	IV - Domínio Relações sociais 13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual
II - Domínio psicológico 4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos	V - Domínio Ambiente 16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
III - Domínio Nível de Independência 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho	VI - Domínio Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais 24. Espiritualidade / religião / crenças pessoais

A partir da elaboração da versão longa do questionário WHOQOL, foi desenvolvido o instrumento abreviado (WHOQOL-bref) que contempla todas as áreas do instrumento original. O referido instrumento é constituído por 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) da qualidade de vida distribuídos em 26 questões, duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100).

O WHOQOL-bref tem sido indicado pela sua aplicabilidade e sua consistência, além de permitir uma avaliação global da qualidade de vida. As facetas e domínios que compõem o WHOQOL-bref são descritas na tabela 2 a seguir.

Tabela 2: Domínios e facetas do WHOQOL-bref

<p>I - Domínio físico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 4. Mobilidade 5. Atividades da vida cotidiana 6. Dependência de medicação ou de tratamentos 7. Capacidade de trabalho 	<p>II - Domínio psicológico</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Sentimentos positivos 9. Pensar, aprender, memória e concentração 10. Auto-estima 11. Imagem corporal e aparência 12. Sentimentos negativos 13. Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais
<p>III - Domínio Relações sociais</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Relações pessoais 15. Suporte (Apoio) social 16. Atividade sexual 	<p>IV - Domínio Ambiente</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Segurança física e proteção 18. Ambiente no lar 19. Recursos financeiros 20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 22. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer 23. Ambiente físico: (poluição/ ruído/ trânsito/ clima) 24. Transporte

A utilização da metodologia do WHOQOL é bastante abrangente, seu uso se aplica desde a área médica, para avaliação clínica de tratamentos, como na área preventiva, para o diagnóstico dos domínios que, para determinado grupo de pessoas, necessita de maior intervenção.

Dessa forma, a metodologia também permite a associação com outros instrumentos de coleta de dados para que seja possível compreender como tal domínio reage a determinado comportamento, como, por exemplo, os relacionados à alimentação.

Tal estratégia pode contribuir de forma significativa na implementação de programas de promoção da saúde e qualidade de vida em diferentes grupos, havendo a possibilidade de reavaliação após determinado tempo de intervenção, o que permite a comparação entre os grupos e a análise do quanto a intervenção foi ou não efe-

tiva para a melhoria da qualidade de vida e a identificação de quais pontos devem ser focados ou melhorados.

Atividade física: International Physical Activity Questionnaire–IPAQ

Um dos importantes instrumentos utilizados para investigar níveis de atividade física e sedentarismo dos indivíduos é o Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*).

Trata-se de um instrumento desenvolvido para estimar o nível de prática habitual de atividade física em grupos e populações de diferentes países e contextos socioculturais. Sua formulação foi proposta pelo Grupo Internacional para Consenso em Medidas da Atividade Física, sob a chancela da OMS, com a representação de 25 países, visando padronizar a avaliação do nível de atividade física das populações e produzir informações comparáveis no mundo inteiro (CRAIG *et al.*, 2003).

Atualmente há duas versões para o IPAQ, uma curta, com 9 questões, e outra com 31 questões. Esse instrumento foi validado para o português por Matsudo *et al.* (2001) e Hallal *et al.* (2004), sendo de rápida aplicação e amplamente utilizado como instrumento de avaliação da atividade física em vários estudos epidemiológicos.

Hallal *et al.* (2004) em seu estudo comparativo entre versão curta e versão longa identificou algumas limitações, entre essas destaca-se que os resultados foram distintos quando utilizados no mesmo grupo, sendo que o IPAQ versão longa tende a subestimar os resultados e o IPAQ versão curta superestimar níveis de sedentarismo.

Portanto, destaca-se a necessidade de cautela na comparação de dados de pesquisas semelhantes, sendo recomendada a comparação entre estudos que utilizem a mesma versão do IPAQ.

Outro destaque é dado ao entendimento por parte dos entrevistados sobre a conceituação de atividades moderadas e vigorosas, em especial os com baixo nível de escolaridade. Além disso, há a necessidade de se padronizar a classificação que pode ser de forma dicotômica (sedentário e ativo) proposta por Hallal *et al.* (2004) ou em cinco categorias (sedentário, insuficientemente ativo A, insuficientemente ativo B, ativo e muito ativo). (MATSUDO, 2001).

Apesar dessas limitações, o uso do IPAQ tem sido bastante difundido e tem apresentado resultados satisfatórios. Seus métodos

de aplicação (semana usual, auto-administrado ou administrado na forma de entrevista) têm demonstrado boa estabilidade de medidas e precisão aceitável para uso em estudos, além de ser um instrumento que permite comparações entre grupos de diferentes países.

Escala de Conhecimento Nutricional

Conhecer a ingestão alimentar de grupos ou mesmo de indivíduos é uma tarefa complexa, pois as práticas alimentares são permeadas por dimensões simbólicas da vida social. O hábito alimentar sofre várias influências durante a vida do indivíduo. Questões como a qualidade dos alimentos, as características sensoriais, a disponibilidade e os custos, as preferências e os costumes familiares influenciam diretamente na escolha do alimento.

Apesar da inexistência, no Brasil, de questionários para verificar conhecimento nutricional, com avaliação psicométrica, muitos estudos têm sido conduzidos com base em instrumentos construídos especificamente para esse fim porém, sem avaliação psicométrica, o que dificulta sua confiabilidade e reprodutibilidade (SCAGLIUSI *et al.*, 2006).

A escala de conhecimento nutricional foi proposta no Brasil por Scagliusi *et al.*, (2006) e foi baseada no *National Health Interview Survey Câncer Epidemiology*. Tal instrumento foi desenvolvido para testar se o conhecimento nutricional sobre prevenção de câncer correlacionava-se com práticas alimentares que, realmente, prevenissem a doença.

No Brasil, a escala sofreu algumas adaptações e adequações para a realidade do consumo alimentar nacional. De forma geral, o instrumento compreende três partes: a primeira contém quatro questões sobre a relação entre dieta e doenças; a segunda possui sete questões sobre o conteúdo de fibras e lipídeos nos alimentos; e a terceira consiste em uma questão sobre a quantidade de porções de frutas e hortaliças que uma pessoa deve consumir. Em testes estatísticos realizados utilizando-se outros métodos comparativos, como o questionário de frequência alimentar, notou-se que, quanto maior o conhecimento nutricional de acordo com a escala, maior o consumo de fibras, frutas e hortaliças e menor a porcentagem de energia proveniente de lipídeos, o que atesta a validade correspondente do questionário. Pontuações totais entre zero e seis indicam baixo conhecimento nutricional; entre sete e dez indicam moderado conhecimento nutricional e acima de dez indicam alto conhecimento nutricional (SCAGLIUSI *et al.*, 2006).

A escala de conhecimento nutricional é um instrumento de fácil aplicação e demonstra boa eficácia para a compreensão do nível de conhecimento de grupos no que se refere à alimentação e nutrição. Também indica tendências de consumo e fornece informações que auxiliam na elaboração de estratégias de intervenção.

Conclusão

Os instrumentos aqui apresentados são comumente utilizados nas pesquisas realizadas pelo Grupo de Estudos em Atividade Física, Qualidade de Vida e Saúde da Faculdade de Educação Física da UNICAMP e têm auxiliado no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde e da qualidade de vida em diferentes comunidades.

Acredita-se que tais instrumentos possam colaborar com o desenvolvimento de programas, além de fornecer suporte para a reavaliação da comunidade. Portanto, a compreensão dos instrumentos é importante para que seja possível sua utilização em futuras atividades, inclusive no âmbito escolar, trabalhando as questões de saúde e qualidade de vida com todos os adultos inseridos no sistema.

Sabe-se que o comportamento das crianças reflete as atitudes e hábitos dos adultos, portanto, há a necessidade de se desenvolver ações voltadas também para os adultos inseridos no ambiente escolar que, além do exemplo, possam ser multiplicadores do conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis.

Referências Bibliográficas

- BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. A. "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.25, n.4, p.249-252, 2003.
- CRAIG, C. L.; MARSHALL, A.; SJO STROM, M.; BAUMAN, A. E.; BOOTH, M. L.; AINSWORTH, B. E.; PRATT, M.; EKELUND, U.; YNGVE, A.; SALLIS, J. F.; OJA, P. International Physical Activity Questionnaire:12-Country Reliability and Validity. *Medicine and Science of Sports and Exercise*, Madison, v.35, n.8, p. 1381- 1395, 2003.
- FLECK, M. P. A; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL- 100). *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n.2, p.198-205, 1999.
- HALLAL , P. C.; VICTORA , C.G.; WELLS , J. C. K.; LIMA R.C, VALLE N.J. Comparison of Short and Full-Length International Physical Activity Questionnaires. *Journal of Physical Activity and Health*, n.1, p.227-34. 2004.
- MATSUDO, S. M.; ARAUJO, T.; MATSUDO, V. R.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Atividade física e Saúde*.v.6, n.2, p. 5-18, 2001.
- SCAGLIUSI, F. B.; POLACOW, V. O.; CORDÁS, T. A.; COELHO, D.; ALVARENGA, M.; PHLIPI, S. T.; LANCHÁ JUNIOR, A. H. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da Escala de Conhecimento Nutricional do *National Health Interview Survey Cancer Epidemiology*. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.19, n.4, p.425-436, jul./ago, 2006.