

Análise Psicológica (2007), 3 (XXV): 415-425

Queixas subjectivas de saúde, afectividade negativa e utilização de serviços de saúde: Diferenças de género (*)

NUNO CORREIA ALVES (**)
MARIA JOÃO FIGUEIRAS (***)

INTRODUÇÃO

Parece existir alguma evidência que os indivíduos apresentam actualmente mais queixas de sintomas do que no passado (Palmer, Walsh, Bendall, Cooper, & Coggon, 2000). Neste estudo, os autores verificaram que, na Grã-Bretanha, a prevalência de dores nas costas tinha aumentado cerca de 13% em dez anos. Outros têm sugerido que o leque de queixas e doenças é praticamente constante, e que é apenas o nome da “doença” que se vai alterando ao longo dos tempos (Ursin, 1997). De facto, uma variedade de doenças subjectivas com nenhum ou poucos dados clínicos objectivos apareceram, regularmente, sob diferentes rótulos, como epidemias

na nossa sociedade. Exemplos disso são o síndrome de fadiga crónica, hipersensibilidade a químicos, fibromialgia, síndrome da Guerra do Golfo, etc. Os indivíduos diagnosticados com estas doenças queixam-se de dores musculares, cansaço, depressão, fadiga, dores de cabeça, perturbações do sono, problemas de concentração e falhas de memória (Eriksen & Ihlebaek, 2002). Contudo, existem poucos dados objectivos que expliquem a “doença”, ou as queixas vão além do que é considerado como “razoável” pelos médicos (Eriksen, Svendsrød, Ursin, & Ursin, 1998). Há uma ambiguidade considerável no diagnóstico deste grupo de doentes, ou potenciais doentes. É provável que muitas destas “novas” doenças não sejam mais do que rótulos ou atribuições erróneas para queixas “normais”, ou casos ligeiros de perturbação de somatização, ou perturbações somatoformes indiferenciadas (American Psychiatric Association, 1996).

Estas queixas, conhecidas como “queixas subjectivas de saúde”, termo sugerido por ser neutral (Ursin, 1997), não têm correspondência com sinais e sintomas patológicos objectivos (Eriksen, Ihlebaek, & Ursin, 1999) nem com explicações morfológicas ou achados laboratoriais. Dividem-se em cinco categorias – dores músculo-esqueléticas, pseudo-

(*) Este estudo é parte do projecto de investigação *Health Beliefs And Common-Sense Models Of Illness: Implications For Beliefs About Prevention*, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – POCTI/FEDER – Ref. 36366/2000.

(**) Departamento de Psicologia, Instituto Piaget, Almada, Portugal. E-mail: nalves@almada.ipiaget.org

(***) Departamento de Psicologia, Instituto Piaget, Almada, Portugal.

neurologia, problemas gastrointestinais, alergia e gripe. Exemplos destas queixas são a dor de cabeça, fadiga, sintomas músculo-esqueléticos, problemas de sono, náuseas, dores no peito, comichão no nariz, gases, obstipação, etc. Os termos “queixas de sintomas” ou “queixas sintomáticas” são, com frequência, encontrados na literatura para designar as queixas subjectivas de saúde (Barsky, Peekna, & Borus, 2001; Eriksen & Ihlebaek, 2002; Kipen & Fiedler, 2002; Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijbers van Wijk, 2002; Ladwig, Marten-Mittag, Formanek, & Dammann, 2000; Petrie et al., 2001; Tveito, Passchier, Duivenvoorden, & Eriksen, 2004).

A prevalência de queixas subjectivas de saúde é muito elevada na população “normal” (Eriksen et al., 1998). Num estudo nos países nórdicos, mais de 75% dos participantes referiram uma ou mais queixas subjectivas de saúde nos trinta dias anteriores (Eriksen et al., 1998). Destes, mais de 50% referiram cansaço, 42% dores de cabeça, 35% dores nas costas e 33% dores nos braços e ombros. Mais recentemente a prevalência de indivíduos que apresentava pelo menos uma queixa era de 96% (Ihlebaek, Eriksen, & Ursin, 2002). As dores músculo-esqueléticas eram o grupo de queixas com a prevalência mais elevada na população, referidas por 80% e a alergia com a menor prevalência (34%). Noutros países europeus, a prevalência de queixas subjectivas de saúde é também elevada (Picavet & Schouten, 2003). A elevada prevalência destas queixas não é, no entanto, exclusiva das sociedades industrializadas (Eriksen, Hellesnes, Staff, & Ursin, 2004). Neste estudo, uma população aborígine e outra de uma vila costeira da mesma ilha das Filipinas apresentam níveis de queixas superiores à população norueguesa.

Alguns estudos têm revelado uma alta comorbidade de síndromes de dor e depressão (ex: Croft, Rigby, Boswell, Schollum, & Silman, 1993). Nalgumas culturas pode ser mais aceitável apresentar queixas somáticas em vez de tristeza. No entanto, pode haver diferenças culturais na forma de comunicar e exprimir estas queixas. Por exemplo, os sintomas essenciais e dominantes de depressão, pelo menos nos países ocidentais, são a tristeza geral e a desesperança, em vez de queixas subjectivas de saúde (Eriksen & Ihlebaek, 2002). Porém, alguns dos doentes com queixas subjectivas de saúde podem ser pessoas deprimidas apresentando queixas somáticas.

As queixas subjectivas de saúde são uma das maiores razões para absentismo por doença de

curta e longa duração e a maior causa de baixas por doença (Tellnes & Bjerkedal, cit. por Ihlebaek et al., 2002). Existe também uma relação entre as queixas de sintomas e a qualidade de vida. As queixas subjectivas de saúde estão relacionadas negativamente com a qualidade de vida relacionada com a saúde, ou seja, altos níveis de queixas subjectivas de saúde estão associados a uma baixa qualidade de vida (Tveito et al., 2004) e a presença de qualquer sintoma está relacionada com uma pior pontuação nas escalas de qualidade de vida (Osman et al., 2000). De acordo com este estudo, as dores músculo-esqueléticas são as mais importantes para a componente física da qualidade de vida enquanto que as queixas pseudoneurológicas são as mais importantes para a componente mental.

Existe também evidência que as queixas subjectivas de saúde estão entre as razões mais frequentes para as visitas ao médico de família (Kolk et al., 2002). A elevada utilização de serviços médicos por doentes com queixas subjectivas de saúde, e os custos causados por essa utilização, são já conhecidos (Bellon, Delgado, Luna, & Lardelli, 1999). A frequência de queixas subjectivas de saúde desempenha aqui o papel mais preponderante, sendo um forte preditor das visitas ao médico de família (Kolk et al., 2002). Recentemente, um estudo verificou que as queixas de sintomas físicos eram importantes preditoras da utilização dos serviços de saúde (Green & Pope, 1999).

As queixas subjectivas de saúde têm estado associadas com outras variáveis psicológicas como a afectividade negativa (Watson & Pennebaker, 1989). Os resultados de estudos são consistentes ao revelar que a afectividade negativa está forte e positivamente correlacionada com sintomas somáticos e com queixas corporais (Kirmayer, Robbins, & Paris, 1994; Vassend, 1989; Vassend & Skronnal, 1999; Watson & Pennebaker, 1989). A afectividade negativa é uma característica da personalidade estável, duradoura (Watson & Pennebaker, 1989), acompanhada por uma variedade de estados de humor aversivos que incluem a raiva, medo, angústia, nervosismo, tensão, culpa e irritabilidade (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), sendo que indivíduos com baixa afectividade negativa apresentam um estado de serenidade e calma.

Há um grande consenso em que as mulheres apresentam queixas de sintomas mais frequentemente, em maior número e mais intensamente do que os homens (Eriksen et al., 1999; Eriksen et

al., 1998; Ihlebaek et al., 2002; Kroenke & Spitzer, 1998; Ladwig et al., 2000; Vassend & Skrondal, 1999). Num destes estudos verificou-se que de uma lista de treze sintomas físicos tais como dores de estômago, tonturas, palpitações dores de cabeça, etc., dez eram significativamente superiores nas mulheres e, excepto um (problemas sexuais), todos eram superiores no sexo feminino (Kroenke & Spitzer, 1998). São vários os estudos de diferentes países que sugerem esta evidência (Barsky et al., 2001). Estas diferenças são também observadas na população adolescente de 29 países da Europa e da América do Norte, num dos maiores estudos sobre a saúde dos adolescentes – o “*Health behaviour in school-aged children (HBSC) 1997/98*” (Torsheim et al., 2006) e emergem independentemente do período em que são inquiridas, o formato de resposta usado, e se os sintomas são avaliados retrospectiva ou prospectivamente (van Wijk & Kolk, 1997).

Assim, as diferenças de género nas queixas de sintomas são observadas em amostras da comunidade, em doentes, e desde a infância até à terceira idade. Em inquiridos com indivíduos “saudáveis”, verificou-se que as mulheres apresentavam maiores taxas de sintomas somáticos e níveis mais baixos de bem-estar somático que os homens (Berkley, 1997; Kroenke & Price, 1993; Ladwig et al., 2000; Riley, Robinson, Wise, Myers, & Fillingim, 1998). Concluiu-se também que, em relação aos homens, as mulheres exprimiam a dor mais severamente, com mais frequência, em mais lugares no corpo e de maior duração (Berkley, 1997; Riley et al., 1998). Este resultado verifica-se mesmo depois de se excluírem os sintomas ginecológicos e reprodutivos (Kroenke & Price, 1993). Também em indivíduos em ambulatório se verifica que as mulheres geralmente referem mais sintomas (Kroenke & Spitzer, 1998). Quando os sintomas resultantes de uma doença evidente são omitidos da análise estatística e apenas as queixas subjectivas de saúde são estudadas, as diferenças de género persistem. Ou seja, o efeito de género nas queixas de sintomas é independente da co-morbilidade.

Não são só as queixas de sintomas que diferem entre homens e mulheres. As mulheres apresentam níveis mais elevados de afectividade negativa do que os homens (Lynn & Martin, 1997). A prevalência de perturbações afectivas e da ansiedade é duas a três vezes superior nas mulheres (Linzer et al., 1996). Uma vez que estas patologias frequentemente têm características somáticas evidentes

(Kroenke et al., 1994), e frequentemente não são identificadas e tratadas pelos médicos de família, elas parecem contribuir para a maior prevalência de queixas de sintomas nas mulheres. Além disso, as perturbações ansiosas e depressivas podem assumir um aspecto de somatização mais frequentemente nas mulheres do que nos homens (Silverstein & Blumenthal, 1997). De acordo com estudos recentes, as mulheres apresentam mais visitas aos médicos (Kolk et al., 2002; Ladwig et al., 2000), e apontam o sexo feminino como preditor da utilização dos serviços de saúde (Green & Pope, 1999). O mesmo estudo revelou também que as mulheres apresentavam mais faltas ao trabalho por motivo de doença do que os homens. Mesmo depois de controlar estatisticamente as visitas de cada sexo a médicos específicos, o sexo feminino continuava a ser um importante preditor da utilização dos serviços de saúde. Alguns investigadores especulam também que a maior utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres está relacionada com a sua maior aceitação para consultas de rastreio e maior adesão ao tratamento (Verbrugge, 1985).

Há alguma evidência que existem diferenças de género numa grande variedade de indicadores de saúde em países industrializados (Macintyre, 1993). Verbrugge, por exemplo, revelou que em 67 diferentes medidas de avaliação e comportamentos de saúde, 42 demonstraram maior morbilidade e utilização de cuidados de saúde nas mulheres. Uma das medidas em que se verificaram diferenças foi a percepção individual de saúde, com as mulheres a avaliarem a sua saúde mais negativamente do que os homens (Verbrugge, 1989). Este autor salientou ainda que o “paradoxo” das mulheres apresentarem mais queixas de doenças e os homens morrerem mais cedo torna-se menos paradoxal quando se examinam condições específicas; os homens têm mais doenças e disfunções graves, isto é, condições que poderão tornar a vida mais curta, enquanto as mulheres tendem a apresentar mais sintomas e menos doenças consideradas graves (Verbrugge, 1989).

Este estudo aborda um novo tópico que poderá ter implicações para a saúde, a médio e longo prazo. Julgamos ser um contributo importante para caracterizar o contexto português e fornecer indicadores sobre os comportamentos de saúde da população portuguesa, destrinchando as diferenças entre homens e mulheres, no que se refere a esta temática. Assim, neste estudo pretendemos: 1)

caracterizar as queixas subjectivas de saúde; e 2) investigar em que medida existem diferenças de género em relação a) às queixas subjectivas de saúde; b) à afectividade negativa; e c) à utilização de serviços de saúde.

MÉTODO

Participantes

Os participantes neste estudo são indivíduos da população em geral, de ambos os sexos, entre os 18 e os 66 anos. Os critérios de inclusão estabelecidos para os participantes foram: indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com o 4.º ano como habilitação mínima.

Desenho

Trata-se de um estudo transversal, de carácter exploratório.

Procedimento

Os participantes preencheram um questionário anónimo e confidencial que incluiu, para além de questões socio-demográficas, medidas sobre o nível de queixas subjectivas de saúde e utilização de serviços de saúde. Os questionários foram entregues em mão e, neste caso devolvidos de imediato já preenchidos; ou enviados por via postal para responsáveis de estabelecimentos comerciais e de serviços, de vários distritos do país, que efectuaram a sua distribuição pelos seus funcionários.

Medidas

Queixas Subjectivas de Saúde

Para avaliar os sintomas e as queixas de saúde utilizámos a versão traduzida e modificada da *Subjective Health Complaints Scale* (Eriksen et al., 1999). Aos participantes é pedido que assinalem com que frequência sentiram 28 sintomas físicos no mês anterior numa escala de quatro pontos que varia entre Nenhuma vez (0) e Muitas vezes (3). Constituída por cinco dimensões – problemas gastrointestinais, gripe, dores músculo-esqueléticas, pseudoneurologia e alergia – é uma escala que se

destina à população em geral e de auto-preenchimento. Nenhum dos itens carece de inversão na sua pontuação. Após um processo de tradução e adaptação experimental (Alves & Figueiras, em preparação), foi definida uma solução que inclui 23 itens que explicam 50% da variância total, e identifica de forma clara as cinco dimensões preconizadas pelos autores na versão original. Estas são: dores músculo-esqueléticas (4 itens), alergia (6 itens), problemas gastrointestinais (5 itens), pseudoneurologia (5 itens) e gripe (3 itens). A fidelidade das cinco dimensões da escala de queixas subjectivas de saúde foi verificada através do coeficiente α de Cronbach e revelou valores satisfatórios, superando mesmo os da escala original. A consistência interna da escala total com os 23 itens resultantes da análise factorial é elevada ($\alpha=.88$).

Afectividade Negativa

Para avaliar a afectividade negativa utilizou-se uma versão traduzida da *Positive And Negative Assessment Scale* [PANAS; (Watson et al., 1988)]. Esta escala tem apresentado altos níveis de fidelidade e associação com outras medidas de stresse patológico e psicopatologia (Watson & Pennebaker, 1989). Foram utilizados apenas os dez adjectivos negativos da PANAS onde os participantes classificaram numa escala de cinco pontos, de que forma cada adjectivo descreve como se sentem geralmente, variando de Nada ou quase nada a Extremamente. Nenhum dos itens carece de inversão na sua pontuação. A pontuação total varia entre 10 e 50, correspondendo a classificações mais elevadas uma maior intensidade da afectividade negativa. A consistência interna da escala é elevada ($\alpha=.87$).

Utilização dos Serviços de Saúde

Foi medida através do número de vezes que, nos doze meses anteriores à investigação, os participantes procuraram profissionais de saúde para aconselhamento e/ou tratamento (médico de família e médico especialista).

Informação Socio-demográfica

A informação socio-demográfica foi obtida através do questionário. Foi recolhida informação relativa à idade, género, nível de escolaridade, situação profissional, concelho e distrito de residência.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

Participaram no presente estudo 1113 indivíduos: 400 pertencentes ao sexo masculino que representam 35,9% da amostra e 713 ao sexo feminino (64,1%). Comparámos os grupos em termos da idade e anos de escolaridade. Verificámos que a média de idade do sexo masculino ($M=32,1$, $DP=11,0$) é estatisticamente superior à do sexo feminino ($M=30,5$, $DP=8,8$; $t=2,45$, $p<.01$). Nesta amostra, cerca de 71% dos indivíduos tem pelo menos o 12.º ano e mais de 77% trabalha a tempo inteiro. Os indivíduos pertencem à quase totalidade dos distritos do território continental, distribuindo-se pelas seguintes regiões: Norte (20,6%), Centro (15,3%), Lisboa e Vale do Tejo (35,5%), Alentejo (19,7%) e Algarve (8,9%).

Caracterização das Queixas Subjectivas de Saúde

Analisámos a escala de queixas subjectivas de saúde para determinar quais os sintomas mais refe-

ridos pelos participantes. Como podemos observar na Figura 1, o sintoma de que os participantes mais se queixam é o cansaço ($M=1,86$) seguido de dores de costas ($M=1,50$). Os dois sintomas menos referidos pelos participantes são diarreia ($M=0,36$) e eczema ($M=0,24$).

Em seguida, analisámos as médias das dimensões que compõem a escala de queixas subjectivas de saúde (Tabela 1).

Para determinar qual o grupo de queixas mais relevante para os participantes, os valores das componentes da escala foram obtidos somando os itens que as compunham. Para comparar as dimensões, os seus valores foram transformados em percentagens da pontuação total possível. Verificamos que todas as dimensões apresentam valores abaixo do nível médio da pontuação possível (Figura 2).

Com a aplicação do teste *t* para amostras emparelhadas verificamos que existem diferenças significativas entre as cinco componentes da escala de queixas subjectivas de saúde. Analisando estas diferenças, verificamos que as queixas mais relevantes para os participantes são principalmente de pseudo-neurologia ($M=38,07$, $DP=29,54$) e essas queixas são significativamente superiores às dores músculo-

FIGURA 1
Média dos itens da escala de queixas subjectivas de saúde

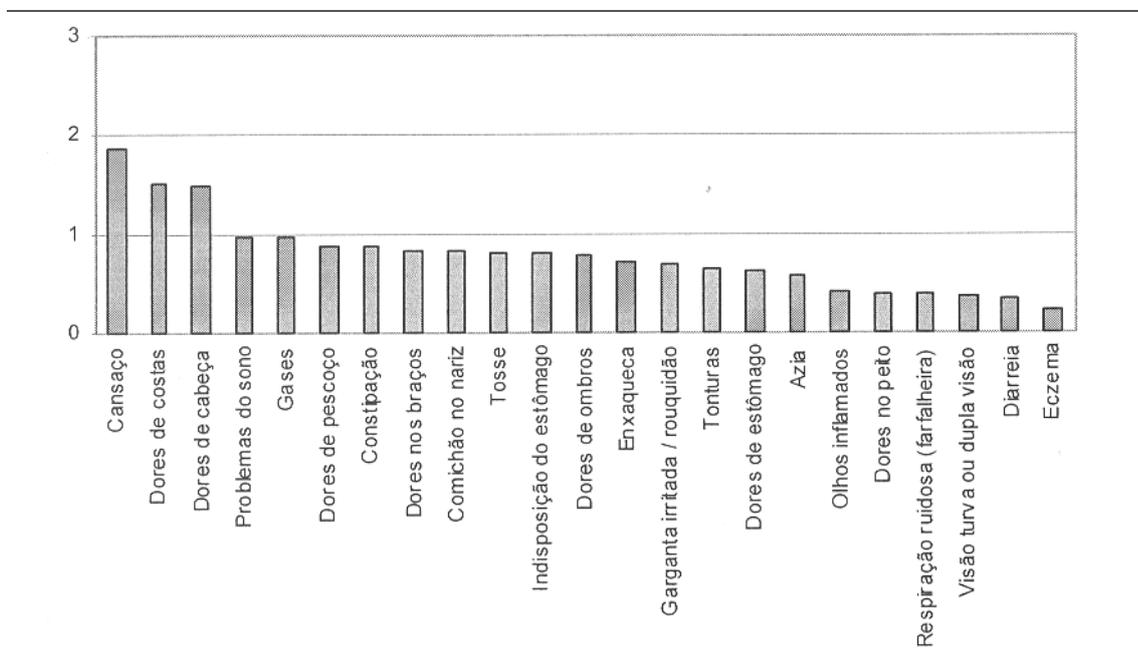
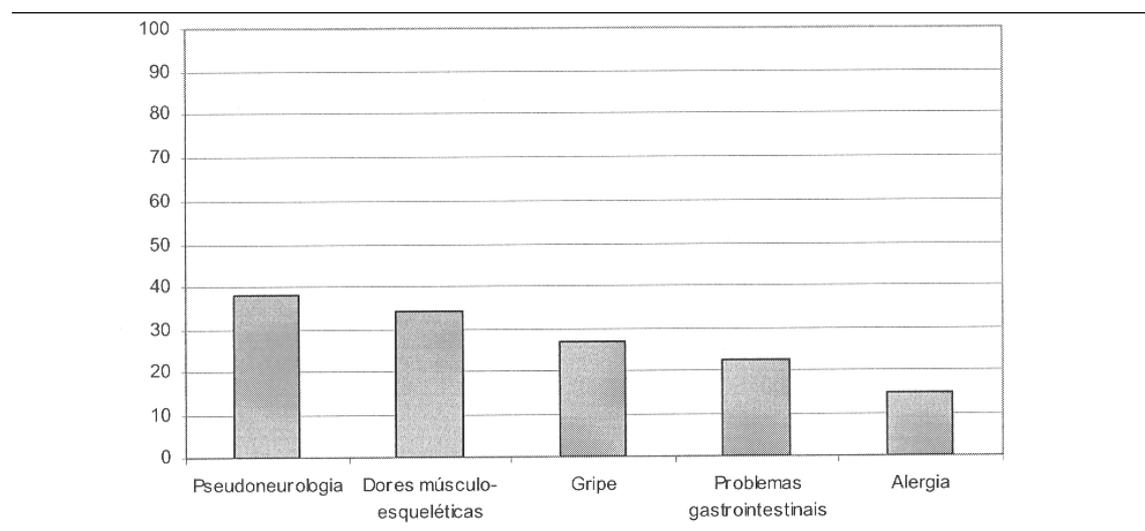


TABELA 1
Médias das queixas subjectivas de saúde (N= 1113)

Dimensão	Média	D.P.	Varição
Dores músculo-esqueléticas	4,04	3,54	0-12
Problemas gastrointestinais	3,35	3,19	0-15
Pseudoneurologia	5,71	3,64	0-15
Gripe	2,42	2,37	0-9
Alergia	2,64	2,93	0-18

FIGURA 2
Comparação das dimensões da escala de queixas subjectivas de saúde (% da pontuação máxima possível)



-esqueléticas ($M=33,71$, $DP=29,54$; $t=5,55$, $p<.001$), à gripe ($M=26,91$, $DP=26,36$; $t=12,39$, $p<.001$), aos problemas gastrointestinais ($M=22,32$, $DP=21,24$; $t=22,39$, $p<.001$), e à alergia ($M=14,64$, $DP=16,26$; $t=35,74$, $p<.001$) sendo esta última a dimensão de que os participantes menos se queixam. As dores músculo-esqueléticas diferem significativamente das queixas de gripe ($t=6,62$, $p<.001$), dos problemas gastrointestinais ($t=13,39$, $p<.001$) e da alergia ($t=23,55$, $p<.001$). Existem também diferenças significativas entre as queixas de gripe e os problemas gastrointestinais ($t=5,48$, $p<.001$) e entre as queixas de gripe e a alergia ($t=17,25$, $p<.001$). Por fim, os problemas gastrointestinais diferem significativamente das queixas de alergia ($t=13,12$, $p<.001$).

Diferenças de género nas queixas subjectivas de saúde

Para analisar as diferenças de género existentes nas queixas subjectivas de saúde, utilizámos o teste t para amostras independentes. Verificámos que existem diferenças de género na escala total, e nas dimensões dores músculo-esqueléticas, pseudoneurologia e alergia. Não existem diferenças de género nas dimensões problemas gastrointestinais e gripe. Os resultados poderão ser observados na Tabela 2.

Diferenças de género na afectividade negativa

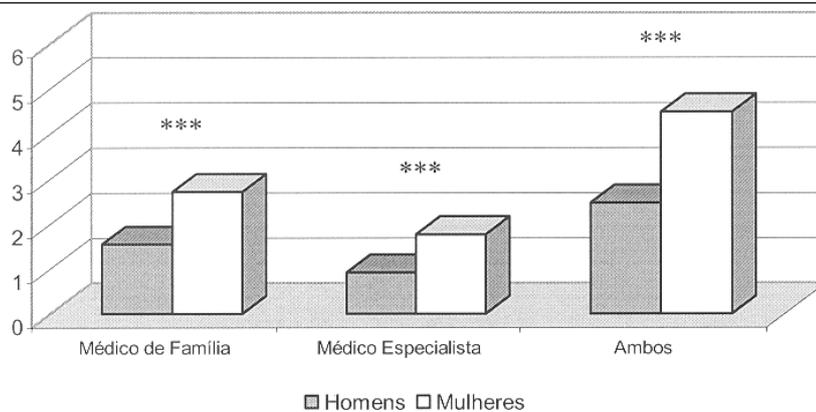
Utilizámos o teste t para amostras independentes para comparar a afectividade negativa entre homens

TABELA 2
Queixas subjectivas de saúde – Diferenças de género

Dimensão	Variação	Homens (n=400)		Mulheres (n=713)		t	Sig.
		Média	D.P.	Média	D.P.		
Problemas gastrointestinais	0-15	3.18	3.00	3.44	3.28	-1.36	n.s.
Gripe	0-9	2.26	2.27	2.51	2.43	-1.73	n.s.
Dores músculo-esqueléticas	0-12	2.57	2.79	4.87	3.65	-11.73	***
Pseudoneurologia	0-15	3.96	3.05	6.69	3.58	-13.38	***
Alergia	0-18	2.19	2.65	2.88	3.04	-3.95	***
Escala total	0-69	13.45	10.02	19.54	11.31	-9.27	***

*** – p<.001

FIGURA 3
Média de visitas por tipo de médico – Diferenças de género (* – p<.001)**



e mulheres. Nesta análise, verificámos que não existem diferenças significativas entre homens ($\underline{M}=19,35$, $\underline{DP}=6,32$) e mulheres ($\underline{M}=20,05$, $\underline{DP}=6,64$; $t=-1,72$, $p=.09$).

Diferenças de género na utilização dos serviços de saúde: médico de família, especialista, e ambos

Utilizámos o teste *t* para amostras independentes para analisar em que medida existem diferenças de género na utilização dos serviços de saúde, médico de família, especialista, e ambos. Concluimos que as mulheres recorrem, em média, mais vezes aos médicos de família ($\underline{M}=2,72$, $\underline{DP}=2,8$) do que os homens ($\underline{M}=1,55$, $\underline{DP}=1,76$; $t=-8,55$, $p<.001$). São também as mulheres que procuram, em média,

mais vezes o médico especialista ($\underline{M}=1,78$, $\underline{DP}=2,67$) do que os homens ($\underline{M}=0,93$, $\underline{DP}=1,67$; $t=-6,5$, $p<.001$), ou seja, aproximadamente o dobro das vezes, em média. Por fim, quando analisamos o número de visitas ao médico de família e especialista (recorram a ambos), também aqui as mulheres apresentam uma média significativamente superior ($\underline{M}=4,5$, $\underline{DP}=4,15$) do que os homens ($\underline{M}=2,48$, $\underline{DP}=2,59$; $t=-9,96$, $p<.001$). Estes resultados podem ser observados graficamente na Figura 3.

DISCUSSÃO

Neste estudo tínhamos como objectivos a caracterização das queixas subjectivas de saúde e investigar

em que medida existem diferenças de género em relação às queixas subjectivas de saúde, à afectividade negativa e à utilização de serviços de saúde.

Procurámos caracterizar as queixas subjectivas de saúde numa amostra da população portuguesa. Os resultados revelaram que as queixas pseudo-neurológicas – como o cansaço, as dores de cabeça e os problemas de sono – eram as que se apresentavam com maior frequência, seguidas pelas dores músculo-esqueléticas. Neste estudo, as queixas de alergia surgem em último lugar. Estes resultados confirmam parcialmente aqueles encontrados anteriormente por Ihlebaek et al. (2002), onde as dores músculo-esqueléticas eram o grupo de queixas com a prevalência mais elevada na população e a alergia o grupo de queixas com a prevalência mais baixa. Neste estudo, demos um passo para constituir uma base de referência da prevalência de queixas subjectivas de saúde na população portuguesa. No entanto, julgamos necessários outros estudos que avaliem este tipo de queixas em diferentes contextos, nomeadamente em contextos de saúde e em doenças psicossomáticas, no sentido de podermos tentar definir qual o nível de queixas considerado “normal” e, a partir de que ponto se consideram as queixas como acima da norma. Este aspecto pode ter importância nos comportamentos de procura de cuidados de saúde e no tipo de intervenção terapêutica. É quando as queixas de sintomas se tornam intoleráveis, que a assistência médica se torna necessária. As queixas subjectivas de saúde devem, também, ser examinadas cuidadosamente para despistar a possibilidade de serem manifestações precoces de patologia orgânica.

Uma grande variedade de estudos revelam que as mulheres apresentam queixas subjectivas de saúde mais intensamente e em maior número do que os homens (Eriksen et al., 1999; Eriksen et al., 1998; Ihlebaek et al., 2002; Kroenke & Spitzer, 1998; Ladwig et al., 2000; Vassend & Skronnal, 1999) e são várias as hipóteses explicativas para estas diferenças de género. No nosso estudo, embora não tenhamos detectado diferenças de género nas queixas de problemas gastrointestinais e gripe, verificámos que estas diferenças existiam nas queixas de dores músculo-esqueléticas, pseudoneurologia e alergia. Estes resultados assemelham-se aos encontrados em estudos anteriores (Eriksen et al., 1999). Há factores que podem influenciar estas diferenças tais como os biológicos (Riley et al., 1998), a maior prevalência de patologia depressiva e ansiosa no

sexo feminino (Linzer et al., 1996) que podem assumir um aspecto de somatização mais frequentemente nas mulheres do que nos homens (Silverstein & Blumenthal, 1997), ou simplesmente porque os homens podem ser menos expressivos ou ser mais reticentes a exprimir o seu desconforto ou queixas (Verbrugge, 1982). Por outro lado, pode ser socialmente mais aceitável que as mulheres reconheçam abertamente a sua dor (Gijsbers van Wijk, van Vliet, Kolk, & Everaerd, 1991) e, porque do ponto de vista social, se aceita melhor que o papel de doente seja desempenhado por elas (Ladwig et al., 2000).

O facto do género estar associado a queixas subjectivas de saúde torna a avaliação e a intervenção médica nestes sintomas uma questão fundamental na saúde, à qual futuros estudos deveriam dar mais atenção. Além destes, outros estudos deveriam explorar a natureza das diferenças de sexo em vez da sua magnitude; é importante examinar os factores que contribuem para doenças comuns se manifestarem de forma diferente em homens e mulheres. Parece-nos que os sintomas físicos desempenham um papel preponderante na prática clínica. Se a apresentação dos sintomas difere entre homens e mulheres com a mesma doença, isso pode ter implicações importantes para a história clínica e para o processo de diagnóstico.

Os profissionais de saúde deverão, portanto, adoptar alguma precaução na aplicação desta generalização aos indivíduos. Além disso, não deverão concluir que as mulheres exageram nas queixas e que dramatizam as sensações comuns e a disfunção benigna. Por outro lado, também pode ser igualmente concluído que os homens são insensíveis que ignoram, suprimem, ou não tomam consciência de muitas das sensações corporais. Na verdade, conforme descrito na literatura, os homens esquecem as suas experiências de doenças anteriores mais rapidamente que as mulheres (van Wijk & Kolk, 1997).

Há estudos que referem que as mulheres apresentam níveis mais elevados de afectividade negativa do que os homens (ex.: Lynn & Martin, 1997). Este aspecto pode também ser um factor de mediação da relação entre género e sintomas somáticos. Uma vez que a afectividade negativa está correlacionada com as queixas de sintomas (Kirmayer et al., 1994), e este traço da personalidade é mais proeminente nas mulheres (Lynn & Martin, 1997), ele pode contribuir para as diferenças de género nas queixas de sintomas somáticos. No entanto, no

presente estudo, não se verificaram as diferenças de género na afectividade negativa. Deste modo, não fica claramente definido num estudo transversal, se as mulheres têm maior probabilidade de “somatizar” o seu stresse psicológico, ou se níveis mais elevados de stresse provocam as queixas de sintomas, conforme foi referido em estudos anteriores (Popay, Bartley, & Owen, 1993).

Investigámos em que medida existiam diferenças de género na utilização de serviços de saúde. Os resultados indicam-nos que as mulheres procuram, em média, mais vezes o médico, independentemente de ser o médico de família, o médico especialista ou ambos. Vários investigadores revelaram que as mulheres utilizam mais os serviços médicos (Kolk et al., 2002; Ladwig et al., 2000) e queixam-se mais de doenças e sintomas do que os homens (ex.: Eriksen et al., 1998; Ihlebaek et al., 2002) e, paradoxalmente, que elas vivem em média mais anos (Macintyre, Hunt, & Sweeting, 1996; Verbrugge, 1985, 1989). Green e Pope (1999) mostraram que o sexo feminino era um preditor da utilização de serviços de saúde. Estes resultados geraram um debate considerável sobre a forma como as diferenças de género na socialização, no conhecimento de saúde, na sensibilidade e queixas de sintomas afectam a utilização de serviços de saúde. Verbrugge (1989) argumentou que as mulheres têm maior incidência de doenças agudas e crónicas menos graves que os homens, enquanto que estes apresentam morbidade excessiva de doenças que ameaçam a vida. Todavia, outros investigadores sugerem que os padrões de doença por género são mais complexos do que o defendido por Verbrugge, variando ao longo da vida (Macintyre et al., 1996).

Outro resultado relaciona-se com o facto de a média de vezes que homens e mulheres procuram ambos os tipos de médico (especialista e de família) ser superior à média da utilização apenas do médico de família ou do médico especialista. Este resultado pode dever-se a alguns indivíduos sentirem necessidade de procurarem uma “segunda opinião” de um médico especialista depois de consultarem um médico de família para os problemas que apresentam. Ainda no sexo feminino, quando analisámos apenas a procura do médico especialista, verificámos que a utilização das mulheres é, em média, aproximadamente o dobro da procura deste tipo de médico por parte dos homens.

É importante ter em conta que a utilização dos serviços de saúde foi avaliada de forma retros-

pectiva, logo, estes resultados deverão ser analisados com precaução, uma vez que não nos é possível afirmar que estes indivíduos recorreram aos diferentes tipos de médico pelas queixas subjectivas de saúde que apresentavam no momento da recolha da amostra. Apesar da limitação referida, consideramos que este estudo pode dar um contributo importante para a psicologia da saúde, e para caracterizar o contexto português fornecendo indicadores sobre os comportamentos relacionados com a saúde na população portuguesa, destrinçando as diferenças entre homens e mulheres, no que se refere às queixas subjectivas de saúde. Além disso, o presente estudo salienta a emergência de um novo tema relacionado com a saúde que pode ter influência no processo de tomada de decisão sobre a procura de cuidados médicos, em homens e mulheres. Contudo, o conhecimento da forma como estes processos influenciam aquela utilização ainda se mantém incompleto. Julgamos que futuros estudos deveriam explorar estes aspectos de forma prospectiva, no sentido de contribuir para uma compreensão mais clara sobre a forma como novos conceitos sobre a saúde poderão influenciar o bem-estar físico e psicológico.

REFERÊNCIAS

- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine, 16* (4), 266-275.
- Bellon, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., & Lardelli, P. (1999). Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychological Medicine, 29* (6), 1347-1357.
- Berkley, K. J. (1997). Sex differences in pain. *The Behavioral and Brain Sciences, 20* (3), 371-380.
- Croft, P., Rigby, A. S., Boswell, R., Schollum, J., & Silman, A. (1993). The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Journal of Rheumatology, 20* (4), 710-713.
- Eriksen, H. R., Hellesnes, B., Staff, P., & Ursin, H. (2004). Are subjective health complaints a result of modern civilization? *International Journal of Behavioral Medicine, 11* (2), 122-125.
- Eriksen, H. R., & Ihlebaek, C. (2002). Subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology, 43* (2), 101-103.
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health, 27* (1), 63-72.

- Eriksen, H. R., Svendsrød, R., Ursin, G., & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *European Journal of Public Health, 8*, 294-298.
- Gijbbers van Wijk, C. M., van Vliet, K. P., Kolk, A. M., & Everaerd, W. T. (1991). Symptom sensitivity and sex differences in physical morbidity: a review of health surveys in the United States and the Netherlands. *Women & Health, 17*, 91-124.
- Green, C. A., & Pope, C. R. (1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine, 48* (10), 1363-1372.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health, 30* (1), 20-29.
- Kipen, H. M., & Fiedler, N. (2002). Environmental factors in medically unexplained symptoms and related syndromes: the evidence and the challenge. *Environmental Health Perspectives, 110* Suppl 4, 597-599.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology, 103* (1), 125-136.
- Kolk, A. M., Hanewald, G. J., Schagen, S., & Gijbbers van Wijk, C. M. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research, 52* (1), 35-44.
- Kroenke, K., & Price, R. K. (1993). Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Archives of Internal Medicine, 153* (21), 2474-2480.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine, 60* (2), 150-155.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Linzer, M., Hahn, S. R., deGruy, F. V., 3rd, & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine, 3* (9), 774-779.
- Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Formanek, B., & Dammann, G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European Journal of Epidemiology, 16* (6), 511-518.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., & deGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *American Journal of Medicine, 101* (5), 526-533.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology, 137* (3), 369-373.
- Macintyre, S. (1993). Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. *Social Science & Medicine, 36* (1), 15-20.
- Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine, 42* (4), 617-624.
- Osman, L. M., Calder, C., Robertson, R., Friend, J. A., Legge, J. S., & Douglas, J. G. (2000). Symptoms, quality of life, and health service contact among young adults with mild asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 161* (2 Pt 1), 498-503.
- Palmer, K. T., Walsh, K., Bendall, H., Cooper, C., & Coggon, D. (2000). Back pain in Britain: comparison of two prevalence surveys at an interval of 10 years. *British Medical Journal, 320* (7249), 1577-1578.
- Petrie, K. J., Sivertsen, B., Hysing, M., Broadbent, E., Moss-Morris, R., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2001). Thoroughly modern worries: the relationship of worries about modernity to reported symptoms, health and medical care utilization. *Journal of Psychosomatic Research, 51* (1), 395-401.
- Picavet, H. S., & Schouten, J. S. (2003). Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain, 102* (1-2), 167-178.
- Popay, J., Bartley, M., & Owen, C. (1993). Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Social Science & Medicine, 36* (1), 21-32.
- Riley, J. L., 3rd, Robinson, M. E., Wise, E. A., Myers, C. D., & Fillingim, R. B. (1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain, 74* (2-3), 181-187.
- Silverstein, B., & Blumenthal, E. (1997). Depression mixed with anxiety, somatization and disordered eating: relationships with gender-role-related limitations experienced by females. *Sex Roles, 36*, 709-724.
- Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., Hetland, J., Välimaa, R., Danielson, M., & Overpeck, M. (2006). Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science & Medicine, 62*, 815-827.
- Tveito, T. H., Passchier, J., Duivenvoorden, H. J., & Eriksen, H. R. (2004). Subjective health complaints and health related quality of life in a population of health care workers. *Psychology and Health, 19* (2), 247-259.
- Ursin, H. (1997). Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine, 4* (2), 105-116.
- van Wijk, C. M., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine, 45* (2), 231-246.
- Vassend, O. (1989). Dimensions of negative affectivity, self-reported somatic symptoms, and health-related behaviors. *Social Science & Medicine, 28* (1), 29-36.

- Vassend, O., & Skrondal, A. (1999). The role of negative affectivity in self-assessment of health – A structural equation approach. *Journal of Health Psychology, 4* (4), 465-482.
- Verbrugge, L. M. (1982). Sex differentials in health. *Public Health Reports, 97* (5), 417-437.
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior, 26*, 156-182.
- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior, 30* (3), 282-304.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54* (6), 1063-1070.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96* (2), 234-254.

RESUMO

Os objectivos deste estudo são caracterizar as queixas subjectivas de saúde e investigar em que medida existem diferenças de género em relação às queixas subjectivas de saúde, à afectividade negativa e à utilização de serviços de saúde.

Foi delineado um estudo transversal no qual uma amostra de 1113 participantes de ambos os sexos (64% mulheres) preencheu um questionário que incluía medidas sobre as queixas subjectivas de saúde, afectividade negativa, utilização de serviços de saúde e informação socio-demográfica.

Os resultados sugerem que, em relação às queixas subjectivas de saúde, as pseudoneurológicas são as que se apresentam mais frequentemente. Quanto às diferenças de género, verificamos que estas existem nas queixas de dores músculo-esqueléticas, pseudoneurologia e alergia,

bem como na escala total. Os resultados indicam ainda que são as mulheres que, em média, utilizam mais os serviços de saúde. Não existem diferenças de género na afectividade negativa.

Abordamos neste estudo, um tópico que poderá ter implicações para a saúde, a médio e longo prazo. Julgamos ser um contributo importante para caracterizar o contexto português em termos das queixas subjectivas e fornecer indicadores sobre os comportamentos relacionados com a saúde na população portuguesa, destrinchando as diferenças entre homens e mulheres.

Palavras-chave: Queixas subjectivas de saúde, afectividade negativa, utilização de serviços de saúde, género.

ABSTRACT

The aims of this study are to investigate what are the subjective health complaints (SHC) in a healthy population and the extent to which there are gender differences in SHC, in negative affectivity (NA) and in the use of health care services.

This is a cross-sectional design in which 1113 participants (64% female) completed a self-administered questionnaire, including measures of SHC, NA, use of health care services and demographic information. The results indicate that there are gender differences concerning the SHC, and the most frequent were the pseudo-neurology complaints, musculoskeletal pain, and allergy, as well as in the total scale. Also, women are more likely to use health care services. There were no gender differences in negative affectivity. This topic of research is an important contribution to characterize the SHC in the Portuguese population, which may have important implications for physical and psychological health. Furthermore, these results may provide relevant information concerning gender differences in health complaints and subsequent health related behaviour.

Key words: Subjective health complaints, negative affectivity, health care utilization, gender.