

Adaptação experimental da Escala de Queixas Subjectivas de Saúde para a população portuguesa (*)

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

INTRODUÇÃO

Estudos recentes realizados em diferentes países têm abordado aspectos como a manifestação de queixas da população em geral, relacionadas com alterações do estado de saúde e sintomas, que carecem por vezes de uma explicação objectiva. Diversas interpretações possíveis têm sido colocadas para a expressão subjectiva destas queixas, incluindo a forma como algumas variáveis psicológicas as podem influenciar. Outro aspecto que tem vindo a ser abordado relaciona-se com o impacto que estas queixas podem ter na procura de cuidados médicos.

Nos últimos anos, tem havido um aumento do enfoque dado à saúde que veio aumentar a percepção de cada um para a vulnerabilidade individual e, embora os índices objectivos de saúde tenham aumentado nos últimos cinquenta anos – que se traduzem num aumento da esperança média de vida, diminuição da taxa de mortalidade incluindo a taxa de mortalidade infantil, e maior número de doenças tratáveis –,

os sentimentos subjectivos de saúde têm piorado (Barsky, 1988). De acordo com este autor, quatro factores contribuíram para a discrepância entre as avaliações objectivas e subjectivas de saúde. Primeiro, os avanços nos cuidados médicos fizeram baixar a taxa de mortalidade das doenças infecciosas agudas, resultando numa incidência comparativamente aumentada de doenças crónicas e degenerativas. Segundo, o aumento generalizado das preocupações da sociedade com a saúde tem originado uma maior pesquisa individual e uma atenção reforçada aos sintomas corporais e sentimentos de doença. Terceiro, a comercialização global de saúde e o aumento da concentração dos *media* nos tópicos relacionados com a saúde geraram um clima de apreensão, insegurança e alarme acerca das doenças. Finalmente, a medicalização progressiva da vida diária trouxe expectativas de cura irrealistas, que fazem com que as doenças não tratáveis sejam vistas como piores.

Parece também 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,

(*) 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.

(**) Unidade de Investigação em Psicologia Clínica e da Saúde, Instituto Piaget, Almada. E-mail: mfigueiras@almada.ipiaget.org

1997). Outras pesquisas apresentam também referências a elevados níveis de “doenças ambientais” e sensibilidade a químicos comuns (Kreutzer, Neutra, & Lashuay, 1999). Muitos destes sintomas referidos pelos indivíduos carecem de explicação patológica objectiva. De facto, a literatura documenta a associação entre estímulos ambientais e sintomas que não apresentam uma base orgânica (Spurgeon, Gompertz, & Harrington, 1996).

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, entre outros. 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, Svendsrod, 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”¹, termo sugerido por ser neutral (Ursin, 1997), não têm correspondência com sinais e sintomas patológicos objectivos (Eriksen *et al.*, 1999) nem com explicações morfológicas ou achados laboratoriais. Dividem-se em cinco categorias – dores músculo-esqueléticas, pseudoneurologia, 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, & Gijsbers van Wijk, 2002; Ladwig, Marten-Mittag, Formanek, & Dammann, 2000; Petrie *et al.*, 2001; Tveito, Passchier, Duivenvoorden, & Eriksen, 2004). A prevalência destas queixas 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).

Há um grande consenso em que as mulheres apresentam queixas de sintomas mais frequentemente, em maior número e mais intensamente do que os homens (Alves & Figueiras, 2007; Eriksen *et al.*, 1999; Eriksen *et al.*, 1998; Ihlebaek *et al.*, 2002; Kroenke & Spitzer, 1998; Ladwig *et al.*, 2000; Vassend & Skronnal, 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).

Alguns estudos têm revelado uma alta comorbilidade de síndromas 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

¹ A designação de queixas subjectivas de saúde é, provavelmente, uma nova designação para o que na década de 1970 se conhecia por “*the worried well*”, isto é, indivíduos que apresentavam queixas médicas mas que não tinham alterações importantes do ponto de vista clínico (Garfield, 1970). Estes, eram já mais de 5% do total dos doentes (Burnum, 1978).

expressar 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 pseudo-neurológicas 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).

O conceito de queixas subjectivas de saúde é praticamente desconhecido em Portugal. Como tal carece de uma profunda exploração na sua estrutura e natureza. Esta lacuna motiva-nos a proceder a um estudo de tradução e adaptação experimental da escala de queixas subjectivas de saúde e caracterizar estas queixas na população portuguesa.

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, a escala queixas subjectivas de saúde, e medidas de afectividade negativa e percepção individual de saúde. Numa primeira fase, este questionário foi sujeito a um pré-teste.

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. Após o seu preenchimento, estes responsáveis devolveram-nos os questionários também por via postal.

Medidas

Queixas Subjectivas de Saúde

Para avaliar os sintomas e as queixas de saúde utilizámos a versão traduzida e modificada da *Subjective Health Complaint Scale* (Eriksen *et al.*, 1999). Aos participantes é pedido que assinalem com que frequência sentiram 29 sintomas físicos no mês anterior numa escala de 4 pontos que varia de *Nenhuma vez* a *Muitas vezes*. Constituída por 5 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.

Afectividade Negativa

Para avaliar a afectividade negativa utilizou-se uma versão traduzida da *Positive And Negative Assessment Scale* [PANAS; (Watson, Clark, & Tellegen, 1988)]. Esta escala tem apresentado altos níveis de fidelidade e associação com outras medidas de stress patológico e psicopatologia (Watson & Pennebaker, 1989). Foram utilizados apenas os dez adjectivos negativos da PANAS onde os participantes classificaram numa escala de 5 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.

Percepção Individual de Saúde

A percepção individual de saúde foi utilizada para analisar a validade concorrente. Os participantes avaliaram a sua saúde numa escala de 7 pontos, de *terrível* a *excelente*.

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%).

No Quadro 1 são apresentados a média de idades e os graus de escolaridade dos participantes.

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 ($M=30,5$, $DP=8,8$; $t=2,45$, $p=0,01$). Os indivíduos pertencem à quase totalidade dos distritos do território continental, distribuindo-se pelas seguintes regiões: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (Figura 1).

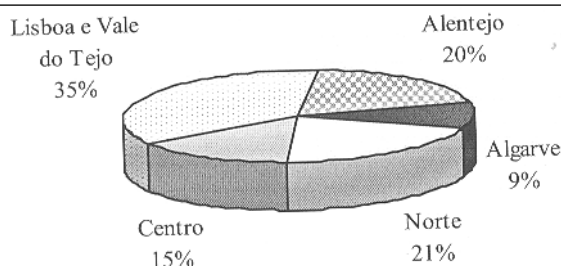
a) Processo de tradução e adaptação experimental da escala de queixas subjectivas de saúde

A tradução e adaptação da *Subjective Health Complaint (SHC) Scale* seguiram o seguinte faseamento: 1) tradução “cega” da versão em inglês para português por uma equipa de dois investigadores em Psicologia da Saúde que dominam a Língua Inglesa; 2) comparação das duas traduções efectuadas; 3) procura de convergência em alguns itens; 4) a

QUADRO 1
Características socio-demográficas dos participantes (N=1113)

Idade	Homens (N=400)		Mulheres (N=713)		Total (N=1113)	
	M (D.P.) 32.1 (11.0)	Varição 18-66	M (D.P.) 30.5 (8.8)	Varição 18-64	M (D.P.) 31.1 (9.6)	Varição 18-66
Escolaridade	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
4.º Ano	18	4.6	22	3.1	40	3.6
6.º Ano	20	5.1	75	10.6	95	8.6
9.º Ano	81	20.5	108	15.3	189	17.2
12.º Ano	163	41.3	333	47.1	496	45
Ensino Superior	113	28.6	169	23.9	282	25.6

FIGURA 1
Distribuição da amostra por região (N=1113)



versão final com 29 itens foi submetida a um estudo piloto com 45 alunos universitários.

Estudo psicométrico da escala

Validade factorial e fidelidade

Foram analisadas as correlações teste – re-teste, com um intervalo de quatro semanas, em 45 alunos universitários. Verificámos que estas são significativas para todos os itens excepto para os itens *visão turva ou dupla visão* e *tristeza/depressão*, e variam entre $r=0,31$; $p<0,05$ e $r=0,75$; $p<0,001$. Estas

correlações podem ser observadas no Quadro 2. Também a consistência interna da escala é elevada (α de Cronbach de 0,87 no teste e de 0,88 no re-teste).

No Quadro 3 podemos observar a análise de componentes principais da versão original e os respectivos valores de α de Cronbach (Eriksen *et al.*, 1999).

Com base na premissa inicial de cinco dimensões, de acordo com a escala original, efectuámos uma análise confirmatória de componentes principais (KMO: 0,92; teste de esfericidade de Bartlett: 9408,83; $p=0,000$), com rotação *varimax* e com pré-determinação de cinco factores de acordo com as recomendações dos autores (Eriksen *et al.*, 1999). No

QUADRO 2
Correlações teste re-teste da versão portuguesa da SHC Scale (N=45)

	Correlações teste – re-teste
Constipação	0,34*
Tosse	0,31*
Dores de ombros	0,51***
Dores de pescoço	0,36*
Dores de costas	0,59***
Dores nos braços	0,59***
Dor de cabeça	0,55***
Dores nas pernas durante actividade a física (1)	0,43***
Enxaqueca	0,38**
Problemas do sono	0,59***
Tristeza/depressão (1)	0,12
Cansaço	0,41**
Taquicárdia ou arritmia (1)	0,50***
Tonturas	0,51***
Indisposição do estômago	0,34*
Azia	0,31*
Dores de estômago	0,37**
Gases	0,75***
Diarreia	0,48***
Obstipação (1)	0,62***
Eczema	0,50***
Dores no peito	0,33*
Olhos inflamados	0,49***
Visão turva ou dupla visão	0,09
Dores de ouvidos (1)	0,48***
Respiração ruidosa (farfalheira)	0,45**
Dificuldades de concentração (1)	0,36*
Garganta irritada / rouquidão	0,31*
Comichão no nariz	0,50***

* - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; *** - $p<0,001$

(1) – Estes itens foram retirados após análise factorial

QUADRO 3

Análise de componentes principais da versão original da *SHC Scale* e α de Cronbach para cada factor ($N=1219$)

	Musculoskeletal pain	Pseudoneurology	Gastrointestinal problems	Allergies	Flu
Shoulder pain	.80				
Neck pain	.76				
Upper back pain	.74				
Arm pain	.65				
Headache	.51				
Low back pain	.48				
Leg pain during physical activity	.33				
Migraine	.32				
Anxiety		.73			
Sadness/depression		.71			
Sleep problems		.56			
Tiredness		.55			
Extra heartbeats		.51			
Heat flushes		.47			
Dizziness		.41			
Stomach discomfort			.67		
Heartburn			.61		
Ulcer/non-ulcer dyspepsia			.57		
Stomach pain			.54		
Gas discomfort			.52		
Diarrhoea			.50		
Obstipation			.33		
Asthma				.78	
Breathing difficulties				.74	
Allergies				.64	
Eczema				.47	
Chest pain				.35	
Cold/flu					.84
Coughing					.81
N	1075	1077	1092	1073	1087
α de Cronbach	.74	.73	.62	.58	.67

Quadro 4 podemos observar o resultado da análise factorial bem como os valores da consistência interna da escala total e dos cinco factores.

Foram incluídos num factor os itens com saturação igual ou superior a 0,40. Assim, a matriz factorial obtida, 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 ($\alpha = 0,88$). Verificamos que a estrutura subjacente da *SHC Scale* é similar entre a forma original e a adaptação para a população portuguesa, embora a estrutura de alguns factores seja diferente.

Sensibilidade

O Quadro 5 apresenta as estatísticas descritivas relativas ao estudo da sensibilidade. A sensibilidade foi analisada através dos coeficientes de curtose e de assimetria (Almeida & Freire, 1997). Os resultados indicam que as distribuições dos resultados seguem, na generalidade, os valores da curva normal.

QUADRO 4

Análise de componentes principais da versão portuguesa da SHC Scale e α de Cronbach para cada factor e escala total (N=1113)

	Dores musculo-esqueléticas	Alergia	Problemas gastrointestinais	Pseudoneurologia	Gripe
Dores de ombros	.79				
Dores de pescoço	.78				
Dores nos braços	.76				
Dores de costas	.74				
Olhos inflamados		.62			
Visão turva ou dupla visão		.62			
Respiração ruidosa (farfalheira)		.50			
Comichão no nariz		.45			
Dores no peito		.42			
Eczema		.41			
Indisposição do estômago			.79		
Dores de estômago			.77		
Azia			.72		
Gases			.47		
Diarreia			.46		
Enxaqueca				.79	
Dores de cabeça				.76	
Tonturas				.50	
Problemas de sono				.48	
Cansaço				.46	
Constipação					.79
Tosse					.78
Garganta irritada/rouquidão					.66
N	1075	1077	1092	1073	1087
Eigenvalue	7.79	1.97	1.60	1.27	1.24
α de Cronbach	.84	.67	.77	.74	.74
α de Cronbach Total			.88		

QUADRO 5

Estatísticas descritivas dos cinco factores (N=1113)

Factores	Média	D.P.	Mediana	Coefficiente de Assimetria	Coefficiente de Curtose
Dores músculo-esqueléticas	4.04	3.54	3	.62	-.66
Alergia	2.63	2.93	2	1.4	-1.7
Problemas gastrointestinais	3.35	3.19	2.5	.93	.26
Pseudoneurologia	5.71	3.64	5	.41	-.56
Gripe	2.42	2.37	2	.75	-.37

Validade concorrente

A validade concorrente foi analisada através do estudo das correlações entre a escala de queixas subjectivas de saúde, a percepção individual de saúde e a afectividade negativa (medida pela PANAS) (Quadro 6). Verificou-se que a percepção individual de saúde está negativamente correlacionada com todos os factores da escala de queixas subjectivas de saúde. A afectividade negativa está significativamente associada com todos os factores da mesma escala.

Os resultados sugerem que esta é uma medida, com boa consistência interna, sensibilidade, validade concorrente e factorial, capaz de avaliar as queixas

subjectivas de saúde. Os itens cobrem um leque variado das principais queixas de sintomas, com palavras usadas e compreendidas pela população em geral.

b) Caracterizar as queixas subjectivas de saúde

Analisámos a escala de queixas subjectivas de saúde para determinar quais os sintomas mais referidos pelos participantes. Como podemos observar na Figura 2, o sintoma de que os participantes mais se queixam é o *cansaço* (1,86) seguido de *dores de costas* (1,50). Os dois sintomas menos referidos pelos participantes são *diarreia* (0,36) e *eczema* (0,24).

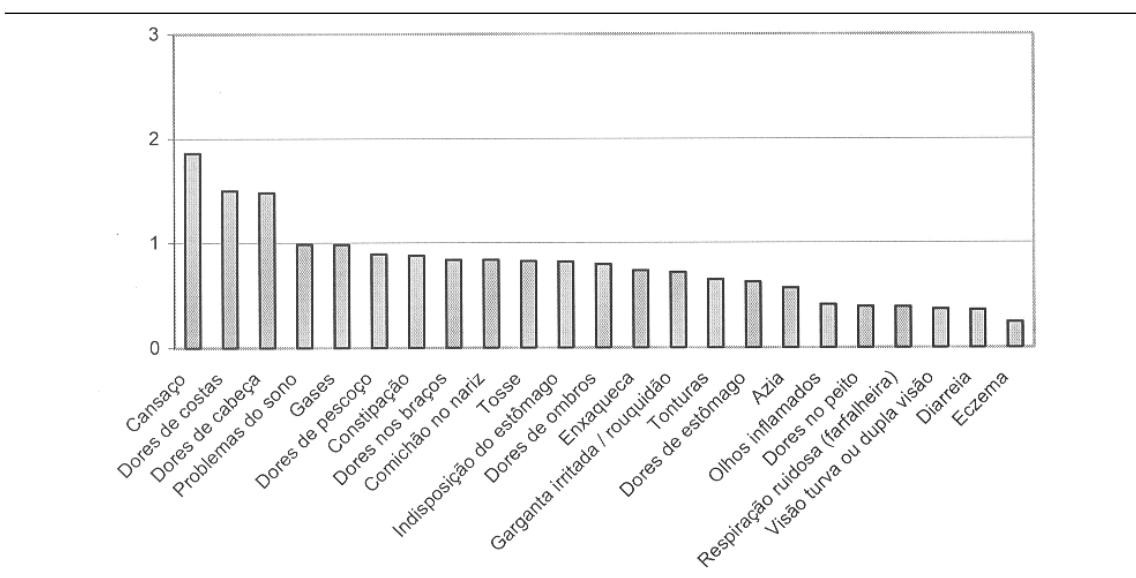
Para determinar qual o grupo de queixas mais relevante para os participantes, os valores das com-

QUADRO 6
Correlações de Pearson entre a percepção individual de saúde e afectividade negativa e os factores das queixas subjectivas de saúde (N=1113)

	Dores musculo-esqueléticas	Alergia	Problemas gastrointestinais	Pseudoneurologia	Gripe
Percepção individual de saúde	-.32***	-.25***	-.26***	-.34***	-.21***
Afectividade Negativa	.26***	.30***	.31***	.38***	.23***

*** p<.001

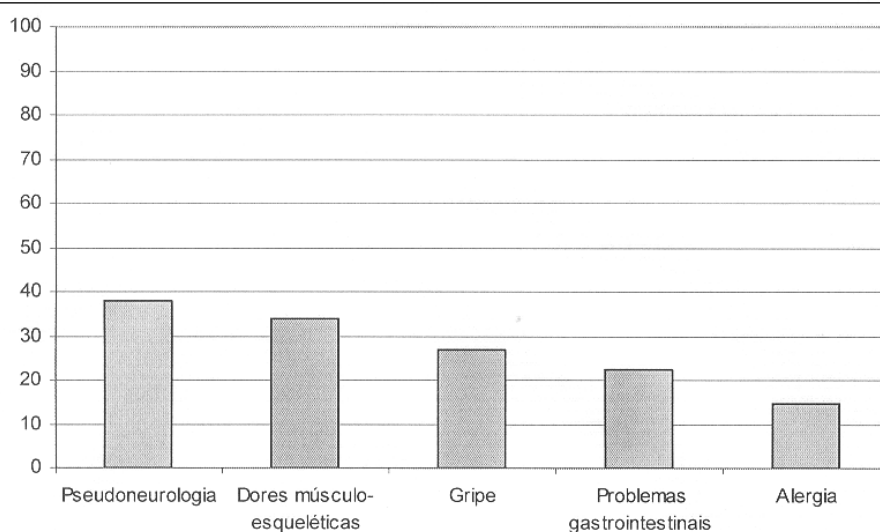
FIGURA 2
Média dos itens da escala de queixas subjectivas de saúde



QUADRO 7
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 3
Comparação das dimensões da escala de queixas subjectivas de saúde
(% da pontuação máxima possível)



ponentes da escala foram obtidos somando os itens que as compunham, de acordo com a análise de componentes principais. Analisámos então as médias das dimensões que compõem esta escala (Quadro 7).

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, sendo que as queixas pseudoneurológicas são as mais relevantes para os participantes. Esta comparação das dimensões pode ser observada graficamente na Figura 3.

Com a aplicação do teste t para amostras emparelhadas, verificamos que existem diferenças signi-

ficativas entre as cinco componentes da escala de queixas subjectivas de saúde: as queixas mais relevantes para os participantes são principalmente de pseudoneurologia ($M=38,07$, $DP=29,54$) e essas queixas são significativamente superiores às dores músculo-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 ($t=13,12$, $p<.001$).

DISCUSSÃO

Neste estudo tínhamos como objectivo a tradução e adaptação experimental da escala de queixas subjectivas de saúde e caracterizar estas preocupações na população portuguesa. A escala de queixas subjectivas de saúde apresenta boa consistência interna, sensibilidade, validade factorial e concorrente, tornando-se capaz de avaliar este tipo de queixas. Na análise confirmatória de componentes principais identificámos os cinco factores da escala de queixas subjectivas de saúde: dores músculo-esqueléticas, alergia, problemas gastrointestinais, pseudoneurologia e gripe. Verificámos que a estrutura subjacente desta escala é similar entre a forma original (Eriksen *et al.*, 1999) e esta adaptação para a população portuguesa, embora a estrutura de alguns factores seja diferente. A escala original foi construída com uma população do norte da Europa. Estas dissemelhanças podem estar relacionadas com as diferenças culturais existentes entre esses indivíduos e a população portuguesa, que se podem traduzir na forma como os indivíduos manifestam as suas queixas de sintomas.

Os itens desta escala abrangem um vasto leque das queixas mais comuns, com termos usados e entendidos pela população em geral. Com este tipo de instrumentos, é possível conhecer a forma como a população portuguesa se queixa de sintomas e, deste modo, estabelecer uma base de referência para a prevalência de queixas subjectivas de saúde, na população em geral e em diferentes contextos.

Tal como os autores desta escala (Eriksen *et al.*, 1999), não pretendemos definir novos diagnósticos ou classificações de doença, mas sim, ter no contexto português, um instrumento que contribua para identificar o bem-estar (ou a falta dele). Pode ser, também, um instrumento importante para investigar de que forma essas queixas influenciam a utilização de serviços de saúde.

Procurámos caracterizar queixas subjectivas de saúde nesta 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 é necessária.

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. 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. Assim, parece-nos relevante a utilização desta escala no estudo das diferenças de género das queixas subjectivas de saúde no contexto português.

Consideramos que este estudo pode dar um contributo importante para a psicologia da saúde. Procedemos à tradução e adaptação experimental para a população portuguesa de uma nova medida que permite caracterizar as queixas subjectivas de saúde, que contribui para identificar o bem-estar na população portuguesa e permite destrinçar as diferenças entre homens e mulheres, no que se refere a esta temática. Desta forma, pensamos ter contribuído para alargar o leque de variáveis que podem influenciar a tomada de decisão relativa à utilização de cuidados de saúde, e ao bem-estar físico e psicológico.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Alves, N. C., & Figueiras, M. J. (2007). Queixas subjectivas de saúde, afectividade negativa e utilização de serviços de saúde: Diferenças de género. *Análise Psicológica*, 25 (3), 415-425.
- Barsky, A. J. (1988). The paradox of health. *New England Journal of Medicine*, 318 (7), 414-418.
- 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.
- Burnum, J. F. (1978). The worried sick. *Annals of Internal Medicine*, 88 (4), 572.
- 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., & 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., Svendsrod, 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.
- Garfield, S. R. (1970). The delivery of medical care. *Scientific American*, 222 (4), 15-23.
- 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.
- Kolk, A. M., Hanewald, G. J., Schagen, S., & Gijsbers 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.
- Kreutzer, R., Neutra, R. R., & Lashuay, N. (1999). Prevalence of people reporting sensitivities to chemicals in a population-based survey. *American Journal of Epidemiology*, 150 (1), 1-12.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60 (2), 150-155.
- 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.
- 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.
- Spurgeon, A., Gompertz, D., & Harrington, J. M. (1996). Modifiers of non-specific symptoms in occupational and environmental syndromes. *Occupational and Environmental Medicine*, 53 (6), 361-366.
- 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., & 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.
- 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

Este estudo teve como objectivos a tradução e adaptação experimental da escala de queixas subjectivas de saúde (Eriksen, Ihlebaek, & Ursin, 1999), e a caracterização destas queixas na população portuguesa. A investigação desenvolveu-se em dois momentos: estudo piloto com 45 participantes e estudo definitivo com 1113 participantes. As correlações teste – re-teste são satisfatórias para a quase totalidade dos itens. Após a análise de componentes principais foi definida uma solução com 23 itens, distribuídos em cinco factores que explicam 50% da variância total. Os valores de consistência interna revelaram-se elevados nas sub-escalas e na escala total, quer no estudo piloto quer no definitivo. Estes resultados são congruentes com os encontrados pelos autores da escala original e sugerem que esta escala contribui para alargar o leque de variáveis que podem influenciar os comportamentos relacionados com a procura de cuidados de saúde da população portuguesa.

Palavras-chave: Queixas subjectivas de saúde, adaptação de escala, medida.

ABSTRACT

The aim of this study was to develop a Portuguese version of the subjective health complaints scale (Eriksen, Ihlebaek, & Ursin, 1999), in order to study what is the nature and structure of these complaints in a Portuguese sample. The study was developed in two stages: (1) a pilot study with 45 participants and (2) a study with 1113 participants, recruited from different working environments across the country. The test-retest correlations are good for the majority of the items. The principal component analysis produced a 23-item solution in five factors, explaining 50% of the total variance. The internal consistency was high in all the subscales and in total scale, both in the pilot study and in the larger study. These results are consistent with those found by the authors of the original scale, and suggest that this measure will enhance the scope of variables that can influence health care behaviour of the Portuguese population.

Key words: Subjective health complaints, scale adaptation, measure.

ANEXO 1

ESCALA DE QUEIXAS SUBJECTIVAS DE SAÚDE

Por favor, assinale os sintomas que sentiu nas últimas 4 semanas:

Problemas de Saúde	Nenhuma vez	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes
Constipação				
Tosse				
Dores de ombros				
Dores de pescoço				
Dores de costas				
Dores nos braços				
Dor de cabeça				
Enxaqueca				
Problemas do sono				
Cansaço				
Tonturas				
Indisposição do estômago				
Azia				
Dores de estômago				
Gases				
Diarreia				
Eczema				
Dores no peito				
Olhos inflamados				
Visão turva ou dupla visão				
Respiração ruidosa (farfalheira)				
Garganta irritada / rouquidão				
Comichão no nariz				