

DA  
ALVE/MA

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE


**DIFERENÇAS DE GÉNERO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS  
DE SAÚDE: O PAPEL DAS QUEIXAS SUBJECTIVAS  
E DAS PREOCUPAÇÕES SOBRE OS EFEITOS  
DA MODERNIDADE NA SAÚDE**

ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO FIGUEIRAS

NUNO MIGUEL RAMALHO CORREIA SIMÕES ALVES

LISBOA, 2004



	Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação	
Registo:	15806
Data:	06/05/05
Tel.: 21 831 17 50 • <a href="mailto:bibliga@ispa.pt">bibliga@ispa.pt</a>	

Dissertação de Mestrado realizado sob orientação de  
**Professora Doutora Maria João Figueiras**  
apresentada no  
**Instituto Superior de Psicologia Aplicada**  
para a obtenção do grau de  
**Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde**  
conforme Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro

Ao meu Pai  
e  
À minha Filha

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria João Figueiras, pela sua incansável dedicação, paciência e ensinamentos que permitiram o meu crescimento como profissional e Homem. Estendo este agradecimento aos seus filhos pelo tempo que lhes privei de estar com a mãe.

À Professora Doutora Isabel Leal, pelo apoio e incentivo com que sempre me acolheu, e pelo optimismo e serenidade que sempre me transmitiu.

À Ana, pelo seu amor, dedicação, compreensão e paciência que teve nestes meses. Sem ti, e sem a nossa filha, não teria sido possível a realização deste trabalho.

À minha Mãe, por todo o amor, carinho e apoio dados ao longo deste processo, muitas vezes em períodos em que tal se tornou um bem essencial para ambos.

Aos meus amigos e colegas, pelo suporte que nunca escusaram, em qualquer momento.

Eu Vos agradeço.

## RESUMO

Os objectivos gerais deste estudo são (1) caracterizar as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde, averiguando as suas diferenças entre homens e mulheres; (2) investigar a influência da afectividade negativa e da percepção individual de saúde nas queixas somáticas; (3) investigar em que medida o tipo de utilização de serviços de saúde é dependente do género; e (4) investigar em que medida a utilização de diferentes tipos de cuidados médicos, por homens e mulheres, está relacionada com o seu nível de queixas subjectivas de saúde específicas.

Foi delineado um estudo transversal no qual uma amostra de 1113 participantes de ambos os sexos (64% do sexo feminino) preencheu um questionário que incluía medidas sobre o nível de preocupação sobre os efeitos da modernidade na saúde, queixas subjectivas de saúde, afectividade negativa, percepção individual de saúde, utilização de serviços de saúde e informação sócio-demográfica.

Os resultados sugerem que o efeito dos alimentos contaminados na saúde é a maior preocupação dos participantes, enquanto que o que menos os preocupa são os efeitos da radiação. Em relação às queixas subjectivas de saúde, as pseudoneurológicas são as que se apresentam mais frequentemente. Verificamos que, em geral, existem diferenças de género quer nas preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde quer nas queixas subjectivas de saúde. Os resultados indicam que a percepção individual de saúde e a afectividade negativa são preditoras das queixas subjectivas de saúde. Sugerem também, que o padrão de utilização dos serviços de saúde difere entre homens e mulheres; e que os homens procuram os diferentes cuidados de saúde com um nível inferior de queixas subjectivas inferior ao das mulheres.

Abordámos neste estudo, um novo tópico que poderá ter implicações para a saúde, a médio e longo prazo, quer do ponto de vista físico, quer psicológico. Julgamos ser um contributo importante para caracterizar o contexto português em termos das queixas subjectivas e das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, e fornecer indicadores sobre os comportamentos relacionados com a saúde na população portuguesa, destrinchando as diferenças entre homens e mulheres, no que se refere a esta temática. Além disso, o presente estudo salienta a emergência de novos temas relacionados com a saúde que parecem ter influência no processo de tomada de decisão sobre a procura de cuidados médicos, em homens e mulheres.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1. PREOCUPAÇÕES SOBRE OS EFEITOS DA MODERNIDADE NA SAÚDE E QUEIXAS SUBJECTIVAS</b> .....	<b>9</b>
<b>1.2. DIFERENÇAS DE GÊNERO</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3. SUMÁRIO, IMPLICAÇÕES E OBJECTIVOS DO ESTUDO</b> .....	<b>22</b>
<b>2. MÉTODO</b> .....	<b>26</b>
<b>2.1. PARTICIPANTES</b> .....	<b>27</b>
<b>2.2. DESENHO</b> .....	<b>27</b>
<b>2.3. PROCEDIMENTO</b> .....	<b>27</b>
<b>2.4. MEDIDAS</b> .....	<b>28</b>
2.4.1. <i>Preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde</i> .....	<b>28</b>
2.4.2. <i>Queixas subjectivas de saúde</i> .....	<b>28</b>
2.4.3. <i>Afectividade negativa</i> .....	<b>29</b>
2.4.4. <i>Percepção individual de saúde</i> .....	<b>29</b>
2.4.5. <i>Utilização dos serviços de saúde</i> .....	<b>29</b>
2.4.6. <i>Informação Sócio-Demográfica</i> .....	<b>29</b>
<b>2.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA</b> .....	<b>30</b>
<b>2.6. CÁLCULO DO PODER ESTATÍSTICO</b> .....	<b>31</b>
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
<b>3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b> .....	<b>33</b>
<b>3.2. ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA</b> .....	<b>34</b>
<b>3.3. OBJECTIVOS</b> .....	<b>35</b>
<b>OBJECTIVO 1</b> .....	<b>35</b>
a) <i>Processo de tradução e adaptação experimental da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde</i> .....	<b>35</b>
b) <i>Processo de tradução e adaptação experimental da escala de queixas subjectivas de saúde</i> .....	<b>40</b>
<b>OBJECTIVO 2</b> .....	<b>45</b>
<b>OBJECTIVO 3</b> .....	<b>53</b>
<b>OBJECTIVO 4</b> .....	<b>59</b>
<b>OBJECTIVO 5</b> .....	<b>68</b>
<b>OBJECTIVO 6</b> .....	<b>70</b>
<b>4. DISCUSSÃO</b> .....	<b>75</b>
<b>5. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>87</b>
<b>6. ANEXOS</b> .....	<b>95</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	
Poder estatístico – cálculo <i>a posteriori</i> com um <i>effect size</i> médio.....	31
<b>Tabela 2</b>	
Características sócio-demográficas dos participantes (N=1113).....	33
<b>Tabela 3</b>	
Consistência interna das medidas usadas (N=1113).....	34
<b>Tabela 4</b>	
Análise de componentes principais da versão portuguesa da MHW Scale e $\alpha$ de Cronbach para cada factor e escala total (N=1113).....	36
<b>Tabela 5</b>	
Análise de componentes principais da versão neozelandesa da MHW Scale e $\alpha$ de Cronbach para cada factor e escala total (N=526).....	37
<b>Tabela 6</b>	
Estatísticas descritivas dos quatro factores (N=1113).....	38
<b>Tabela 7</b>	
Correlações de Pearson entre a percepção individual de saúde e afectividade negativa e os factores das preocupações modernas (N=1113).....	39
<b>Tabela 8</b>	
Análise de componentes principais da versão portuguesa da SHC Scale e $\alpha$ de Cronbach para cada factor e escala total (N=1113).....	41
<b>Tabela 9</b>	
Análise de componentes principais da versão original da SHC Scale e $\alpha$ de Cronbach para cada factor (N=1219).....	42
<b>Tabela 10</b>	
Estatísticas descritivas dos cinco factores (N=1113).....	43
<b>Tabela 11</b>	
Correlações de Pearson entre a percepção individual de saúde e afectividade negativa e os factores das queixas subjectivas de saúde (N=1113).....	44
<b>Tabela 12</b>	
Médias das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde (N=1113).....	46
<b>Tabela 13</b>	
Médias das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde (percentagens da pontuação total possível) (N=1113).....	46

<b>Tabela 14</b>	
Resultados do teste t para amostras emparelhadas (N=1113).....	47
<b>Tabela 15</b>	
Médias das queixas subjectivas de saúde (N=1113).....	50
<b>Tabela 16</b>	
Médias das queixas subjectivas de saúde (percentagens da pontuação total possível) (N=1113).....	50
<b>Tabela 17</b>	
Resultados do teste t para amostras emparelhadas (N=1113).....	51
<b>Tabela 18</b>	
Correlações de Pearson entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e percepção individual de saúde e a afectividade negativa (N=1113).....	53
<b>Tabela 19</b>	
Correlações de Pearson entre as queixas subjectivas de saúde e a percepção individual de saúde e a afectividade negativa (N=1113).....	54
<b>Tabela 20</b>	
Correlações parciais entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde (N=1113).....	55
<b>Tabela 21</b>	
Sumário da análise de regressão linear para as variáveis predictoras das queixas subjectivas de saúde (N=1113).....	58
<b>Tabela 22</b>	
Preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde – - Diferenças de género.....	59
<b>Tabela 23</b>	
Queixas subjectivas de saúde – Diferenças de género.....	61
<b>Tabela 24</b>	
Percepção individual de saúde – Diferenças de género.....	63
<b>Tabela 25</b>	
Padrão de correlações parciais significativas entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde, controlando para a afectividade negativa – Homens (N=400).....	64
<b>Tabela 26</b>	
Padrão de correlações parciais significativas entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde, controlando para a afectividade negativa – Mulheres (N=713).....	65

<b>Tabela 27</b>	
Média de visitas por tipo de médico – Diferenças de género.....	66
<b>Tabela 28</b>	
Relação entre género e tipo de utilização de serviços de saúde (N=1006).....	68
<b>Tabela 29</b>	
Médias “ajustadas” e “não-ajustadas” das queixas pseudoneurológicas por sexo e tipo de cuidados médicos utilizados (N=1006).....	71
<b>Tabela 30</b>	
Médias “ajustadas” e “não-ajustadas” das queixas de dores músculo-esqueléticas por sexo e tipo de cuidados médicos utilizados (N=1006).....	73
<b>Tabela 31</b>	
Médias “ajustadas” e “não-ajustadas” das queixas de alergia por sexo e tipo de cuidados médicos utilizados (N=1006).....	74

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Distribuição da amostra por região (N = 1113).....	34
<b>Figura 2</b> Média dos itens da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde.....	45
<b>Figura 3</b> Comparação das dimensões da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde.....	47
<b>Figura 4</b> Média dos itens da escala de queixas subjectivas de saúde.....	49
<b>Figura 5</b> Comparação das dimensões da escala de queixas subjectivas de saúde.....	51
<b>Figura 6</b> Média dos itens das componentes da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde – diferenças de género.....	60
<b>Figura 7</b> Média dos itens das componentes da escala de queixas subjectivas de saúde – - diferenças de género.....	62
<b>Figura 8</b> Diferenças de género nas visitas ao médico (por tipo de médico).....	67
<b>Figura 9</b> Níveis de queixas pseudoneurológicas em homens e mulheres que procuram diferentes tipos de cuidados médicos.....	71
<b>Figura 10</b> Níveis de queixas de dores músculo-esqueléticas em homens e mulheres que procuram diferentes tipos de cuidados médicos.....	72
<b>Figura 11</b> Níveis de queixas de alergia em homens e mulheres que procuram diferentes tipos de cuidados médicos.....	73

## **1. INTRODUÇÃO**

Este estudo pretende explorar uma nova área de investigação que poderá vir a ter implicações para a saúde individual e colectiva, a médio e longo prazo. 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. Simultaneamente a estas investigações, começa a emergir da literatura recente, o conceito de preocupação sobre os efeitos da vida moderna na saúde. Até ao presente momento, apenas existe um estudo publicado tendo por base este conceito e a sua relação com a procura de cuidados de saúde. No entanto, este estudo não abordou eventuais diferenças de género relativamente a este tópico. De acordo com a literatura sobre a procura de cuidados de saúde, existe evidência sobre as diferenças entre homens e mulheres, não existindo contudo resultados referentes ao nível de preocupação sobre os efeitos da modernidade na saúde. Sendo um tema muito pouco explorado, nomeadamente em Portugal, pareceu-nos oportuno investigar de que forma este nível de preocupação sobre os efeitos da modernidade na saúde poderia estar relacionado com as queixas subjectivas, e conseqüentemente com a procura de cuidados médicos. Neste sentido, procurámos caracterizar também quais são as diferenças de género sobre este tipo de comportamento, tendo em conta a percepção dos indivíduos sobre a influência dos efeitos da vida moderna na saúde, e considerando também outras variáveis psicológicas como a percepção individual de saúde e a afectividade negativa.

O presente estudo pretende assim caracterizar o contexto português no que se refere aos aspectos acima referidos e dar um contributo para a identificação de indicadores que poderão promover o delineamento de intervenções na área da saúde.

Assim, a primeira parte deste trabalho inclui dois capítulos. O primeiro refere qual a literatura existente nesta área de investigação, contrastando os resultados de estudos recentes que abordaram estes conceitos. A primeira secção deste capítulo aborda a relação entre o nível de preocupação sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas, referindo também o papel da afectividade negativa e da percepção individual de saúde. A segunda secção foca as diferenças de género no que diz respeito às variáveis em estudo, nomeadamente no que se refere à procura de

cuidados de saúde. O segundo capítulo faz um resumo dos aspectos principais da revisão de literatura e identifica quais os objectivos e implicações deste estudo. A segunda parte inclui dois capítulos. O primeiro (capítulo 2) descreve a metodologia utilizada, incluindo a definição das variáveis em estudo, e o tipo de análise efectuada. O segundo capítulo descreve os resultados organizados de acordo com as questões de investigação. A terceira parte refere-se à discussão dos resultados e conclusões

### **1.1. Preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e queixas subjectivas**

Nos últimos anos, tem havido um aumento do fascínio público sobre a forma como as características da vida moderna ameaçam a saúde individual. Tem havido também uma importante alteração da percepção pública sobre a relação entre aspectos da vida moderna e da saúde. Actualmente são muitos os que expressam preocupações sobre a forma como a sua saúde está ameaçada pela modernidade. As revistas generalistas, e outros *media*, apresentam regularmente histórias sobre a vulnerabilidade a perigos anteriormente desconhecidos, publicando histórias sobre as ameaças para a saúde nas suas primeiras páginas. Por exemplo, as preocupações sobre os efeitos de alimentos geneticamente modificados, destruição da camada de ozono, poluição ambiental, pesticidas, telemóveis e cabos eléctricos de alta tensão, levaram a um aumento da tomada de consciência dos efeitos das alterações ambientais na saúde (Petrie et al., 2001).

Este enfoque dado à saúde veio aumentar a percepção de cada um para a vulnerabilidade individual e, embora os índices objectivos de saúde tenham aumentado nos últimos 50 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 crônicas 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.

Por outro lado, os artigos nos *media* sobre as ameaças à saúde destacam desproporcionadamente as influências da modernidade para as doenças (como as causas tóxicas e ambientais) e omitem ou desvalorizam os estilos de vida mais frequentemente associados às doenças, tais como a relação entre o consumo de tabaco e a doença cardíaca (Frost, Frank, & Maibach, 1997) ou o cancro do pulmão (Ezzati & Lopez, 2003) e entre o consumo de tabaco e mortalidade (Peto et al., 1996). Desta panóplia de informação dos riscos supostamente prejudiciais para a saúde individual resulta o aumento do sentimento de vulnerabilidade. Os sintomas normais do dia-a-dia como a dor de cabeça e a fadiga são agora mais facilmente interpretados como sinais de doença (Petrie & Wessely, 2002).

Embora, até ao momento, a estrutura e natureza das preocupações das pessoas acerca dos efeitos da modernidade tenham sido pouco estudadas, existe evidência de outras áreas que sugerem que estas preocupações estão provavelmente associadas a consequências para a saúde e influenciam os comportamentos de saúde. Recentemente, um estudo revelou que os indivíduos que tinham mais preocupações acerca dos efeitos da modernidade na saúde recorriam mais a cuidados de saúde complementares do que aqueles com menos preocupações deste tipo (Petrie et al., 2001). Uma vez que a maioria dos indivíduos nos países ocidentais ainda procura os cuidados médicos convencionais, parece-nos relevante conhecer a influência que estas preocupações têm na procura de médicos de família e especialistas.

Muitos indivíduos com doenças “modernas” tais como o síndrome de fadiga crónica e a hipersensibilidade a químicos (nomeadamente a medicamentos) identificam

a causa enquadrada com a poluição ambiental e com as características da vida moderna, que diminuem a eficácia do sistema imunitário (Fiedler, Kipen, DeLuca, Kelly-McNeil, & Natelson, 1996; Moss-Morris, 1997). Wessely identificou atribuições comuns que os indivíduos fazem em relação ao desenvolvimento do síndrome de fadiga crónica e da hipersensibilidade a químicos nos quais os agentes responsáveis seriam a dieta ocidental, com demasiados aditivos e poucas vitaminas, o uso de antibióticos, a toxicidade dos pesticidas, poluição e insecticidas, amálgamas de mercúrio nas obturações dentárias, e radiação – incluindo as emissões electromagnéticas dos cabos de alta tensão e dos computadores (Wessely, 1997).

Uma investigação recente, a primeira a explorar as relações entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade e as queixas de sintomas e de saúde, mostrou que os indivíduos que tinham mais preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde tinham maior probabilidade de apresentar queixas de sintomas no mês anterior do que aqueles com menos preocupações (Petrie et al., 2001). Embora as preocupações sobre a modernidade não sejam novas, o conceito de preocupações sobre os seus efeitos na saúde é recente, e carece ainda de exploração.

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 10 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). Outras pesquisas apresentam também referências a elevados níveis de “doenças ambientais” e sensibilidade a químicos comuns (Kreutzer, Neutra, & Lashuay, 1999).

Embora estes químicos sejam uma parte importante e quase ubiqüitária da vida moderna, são frequentemente percebidos pelas pessoas como um causador de problemas de saúde, quer agudos, quer crónicos. Comparados com muitos riscos que os indivíduos enfrentam diariamente, os riscos químicos estão muitas vezes associados com o cancro, uma consequência particularmente pesada para a saúde. Além disso, a exposição a químicos é frequentemente vista como involuntária ou fora do controlo dos indivíduos, levando a alterações emocionais e afectivas (MacGregor & Fleming, 1996).

A evidência da percepção de risco ambiental também suporta a ligação entre as preocupações sobre a modernidade e os sintomas. McMahan e Meyer (1995) encontraram uma relação forte entre queixas de sintomas após uma exposição a um risco ambiental e o nível individual de preocupações ambientais. Um estudo similar tinha verificado que os sujeitos que manifestavam preocupações ambientais sobre os aterros sanitários e que viviam perto deles, tinham duas a três vezes mais probabilidade de apresentarem queixas de sintomas do que sujeitos residentes longe desses locais e com preocupações ambientais semelhantes (Roht et al., 1985).

Paralelamente, numa comunidade junto a uma refinaria petrolífera, investigou-se o impacto da colocação de um filtro de redução de odores nas queixas de sintomas (Luginaah, Taylor, Elliott, & Eyles, 2002). As queixas de odores têm sido um forte preditor das queixas de sintomas em comunidades que residem perto de locais potencialmente perigosos para a saúde, tais como os aterros sanitários ou indústria (Neutra, Lipscomb, Satin, & Shusterman, 1991). Verificou-se que, embora as queixas de odores tenham diminuído com a introdução do filtro, as queixas de sintomas permaneceram elevadas naquela população (Luginaah et al., 2002).

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, 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). Uma vez que se tratam de “doenças” ou rótulos recentes, uma questão emergente relaciona-se com o papel que as preocupações acerca dos efeitos da modernidade poderão ter na manifestação destas queixas subjectivas de saúde. É um tema que tem sido pouco explorado o que torna importante a sua compreensão, no contexto actual, para a população portuguesa.

Estas queixas, conhecidas como “queixas subjectivas de saúde”<sup>1</sup>, 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, 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, & Gijbers van Wijk, 2002; Ladwig, Marten-Mittag, Formanek, & Dammann, 2000; Petrie et al., 2001; Tveito, Passchier, Duivenvoorden, & Eriksen, 2004). Também neste estudo, estes termos têm o mesmo significado.

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 30 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

---

<sup>1</sup> A designação de queixas subjectivas de saúde é, provavelmente, uma nova designação para o que na década de 70 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).

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).

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 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.

As queixas de sintomas não são constantes no ciclo de vida. Há algumas diferenças ao longo da idade que se traduzem num aumento da intensidade (Ihlebaek et al., 2002) e da prevalência (Ladwig et al., 2000) das queixas com o aumento da idade, com um pico na faixa etária dos 55-59 anos, seguido por uma subsequente descida ligeira nas faixas etárias mais velhas. De facto, a prevalência de dores músculo-esqueléticas e de gripe diminuem com a idade (Ihlebaek et al., 2002).

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).

Um grupo particular de utilizadores de serviços de saúde é designado por utilizadores frequentes, ou seja, indivíduos que têm uma elevada taxa de utilização de cuidados primários e que mobiliza uma grande parte dos recursos prestados por aqueles serviços (Jyväsjarvi, Keinänen-Kiukaanniemi, Väisänen, Larivaara, & Kivelä, 1998). Os utilizadores frequentes constituem mais de 3% da população mas contribuem para 25% das visitas ao médico de família, consomem mais antibióticos, e apresentam mais queixas músculo-esqueléticas e respiratórias (Bergh & Marklund, 2003). Verifica-se também, com alguma consistência, que a classe social tem algum impacto nas queixas de sintomas ou na percepção de sintomas. As classes sociais baixas estão significativa e fortemente associadas a altos níveis de queixas de sintomas em ambos os sexos (Kolk et al., 2002; Ladwig et al., 2000; Vassend & Skrondal, 1999).

Como as queixas subjectivas de saúde são tão frequentes (quase a totalidade das pessoas as apresentam) a questão mais importante é quando e para quem estas queixas atingem um nível que não seja tolerável, levando os indivíduos a procurar cuidados médicos. Num estudo transversal, cerca de 52% dos indivíduos que referiram dores nas costas não tinham consultado um profissional de saúde (Waxman, Tennant, & Helliwell, 1998). Por outro lado, existe evidência que a acessibilidade a serviços de saúde influencia a utilização desses mesmos cuidados médicos (Whitehead cit. por Conner & Norman, 2001), ou seja, quanto mais perto e acessível estiver o serviço de saúde maior é a sua utilização. Outros resultados indicam que também o nível sócio-económico tem um efeito directo nas visitas ao médico de família, ou seja, os indivíduos de baixo nível sócio-económico consultam o médico de família mais frequentemente (Kolk et al., 2002).

As queixas subjectivas de saúde têm estado associadas com outras variáveis psicológicas como a afectividade negativa (Watson & Pennebaker, 1989) e a percepção

individual de saúde (Ladwig et al., 2000). 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 & Skrondal, 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.

No estudo de Gijsbers van Wijk e cols. o humor negativo era o mais forte preditor da apresentação de queixas somáticas (Gijsbers van Wijk, Huisman, & Kolk, 1999). No entanto, Watson e Pennebaker verificaram que, embora a afectividade negativa esteja fortemente correlacionada com queixas subjectivas de saúde, isto é, com medidas subjectivas de saúde que reflectem a percepção individual e a interpretação de sintomas físicos e emocionais e sensações, ela não influencia a avaliação do estado de saúde a longo prazo, nem os comportamentos relacionados com a saúde, tais como o exercício físico e o fumar (Watson & Pennebaker, 1989). No entanto, existe uma associação positiva entre a afectividade negativa e a procura do médico de família (Kolk et al., 2002).

Coloca-se assim a questão sobre como é que a afectividade negativa e as queixas de sintomas estão correlacionadas? Uma das explicações é a “hipótese da percepção de sintomas” (Watson & Pennebaker, 1989). De acordo com esta hipótese, os indivíduos diferem na forma como percebem, respondem, e/ou se queixam de sensações corporais, isto é, os indivíduos com afectividade negativa elevada têm maior probabilidade de detectar, reagir, e/ou queixar-se de ligeiros problemas físicos ou sensações internas. Uma outra hipótese é a do aumento da atenção selectiva. Uns defendem que uma atenção selectiva aumentada a sinais corporais pode amplificar a percepção de sinais nociceptivos (van Wijk & Kolk, 1997). Todavia, outros verificaram que a afectividade negativa não influencia a atenção selectiva (Kolk et al., 2002). Há outros 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, as diferenças de prevalência nestas patologias não explicam inteiramente as diferenças de género nas queixas somáticas – quando a presença de perturbações depressivas ou da ansiedade é controlada estatisticamente, as diferenças nas queixas de sintomas entre homens e mulheres diminuem mas mantêm-se significativas (Kroenke & Spitzer, 1998).

Como referido anteriormente, as queixas subjectivas de saúde têm estado associadas com a percepção individual de saúde (Ladwig et al., 2000). Estes autores verificaram que uma pior auto-avaliação da saúde estava forte e significativamente associada a elevadas queixas de sintomas. Num outro estudo, os indivíduos que se queixavam de problemas agudos de saúde eram aqueles que avaliavam a sua saúde como sendo pior (Espinàs, Riba, Borràs, & Sanchez, 1995). De acordo com a literatura, a percepção individual de saúde é, também, um preditor da utilização dos serviços de saúde na população activa (Green & Pope, 1999). É interessante observar que existe um grande número de investigações que concluem que quanto mais baixa a avaliação de saúde, maior o número de visitas ao médico (Bosworth, Butterfield, Stechuchak, & Bastian, 2000; Espinàs et al., 1995; Jyväsjarvi et al., 1998; Ren, Okubo, & Takahashi, 1995). No entanto, verifica-se que a percepção individual de saúde não se encontra relacionada com a hospitalização (Trump, Brady, & Olsen, 2004).

Referimos, anteriormente, que esta utilização de cuidados médicos está relacionada positivamente com as queixas sintomáticas. Mulheres e homens vivem os sintomas somáticos e a saúde física de maneira diferente. Elas apresentam mais queixas de sintomas, maior afectividade negativa, pior percepção individual de saúde e taxas mais elevadas de hospitalização do que os homens, como veremos adiante.

## **1.2. Diferenças de género**

Uma das mais frequentes conclusões da sociologia médica ou epidemiologia social é que, nos países industrializados, os homens tendem a morrer mais cedo que as mulheres mas as mulheres tendem a ter taxas mais elevadas de morbilidade (Macintyre, 1993).

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 & 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 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).

As diferenças de género nas queixas de sintomas são também observadas em amostras da comunidade, em doentes, e desde a infância até à 3ª idade. Em inquéritos 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.

As diferenças entre homens e mulheres já aparecem na infância. Estudos de sensibilidade à dor em crianças entre os 3 e os 12 anos de idade revelaram que em geral as raparigas são mais sensíveis à dor (Fearon, McGrath, & Achat, 1996). As raparigas respondem mais frequentemente à dor com choro e levam mais tempo a acalmar após ter sido administrada uma injeção (Schechter, Bernstein, Beck, & Hart, 1991), e após pequenos acidentes quando brincam (Fearon et al., 1996). As diferenças de género permanecem na fase adulta e em indivíduos idosos (Ihlebaek et al., 2002; Ladwig et al., 2000).

Várias teorias têm sido propostas para explicar o maior número de queixas apresentadas pelas mulheres: biológicas, sociais e psicológicas. Quanto às teorias biológicas podemos considerar que as diferenças neuroanatómicas, neurofisiológicas e neurobiológicas existentes entre sexos podem originar diferenças na percepção, processamento e modulação de estímulos nociceptivos somáticos e viscerais (Riley et al., 1998).

Homens e mulheres parecem diferir no processamento central de informação sensorial, nos seus sistemas de regulação da dor e nas suas respostas nervosas e fisiológicas à dor (Derbyshire, 1997). As mulheres podem ser também mais sensíveis ao desconforto corporal em geral. Uma atenção selectiva aumentada a sinais corporais pode amplificar a percepção de sinais nociceptivos (van Wijk & Kolk, 1997). As mulheres e homens rotulam e descrevem a mesma sensação dolorosa de forma diferente. As mulheres podem ter mais consciência e estar mais atentas a estímulos fracos ou difusos, os quais os homens não percebem (Verbrugge, 1980), e têm também uma maior vigilância e consciência corporal (Warner, 1995). Isto pode ser resultado da experiência da menstruação, gravidez, aleitamento e menopausa, os quais chamam, repetidamente, a atenção das mulheres para a sua anatomia e fisiologia e sensibiliza-as para as alterações corporais (Verbrugge, 1982).

As mulheres e homens podem também diferir nas suas recordações de experiências médicas passadas, uma vez que os homens esquecem as suas experiências

de doenças anteriores mais rapidamente que as mulheres e, em geral, as diferenças nas queixas de sintomas entre homens e mulheres parecem ser maiores nas experiências anteriores do que nas actuais (van Wijk & Kolk, 1997).

O processo de socialização, que se inicia na primeira infância, pode influenciar profundamente as experiências corporais e o desejo de expor e comunicar o stresse. Os homens podem ser menos expressivos ou ser mais reticentes a exprimir o seu desconforto ou queixas uma vez que estão impregnados com a ideia de estarem a agir como uma criança, a não chorarem, e ignorando ou não admitindo fraquezas, dificuldades ou stresse (Verbrugge, 1982). Pelo contrário, pode ser socialmente mais aceitável que as mulheres reconheçam abertamente a sua dor (Gijsbers van Wijk, van Vliet, Kolk, & Everaerd, 1991), e porque socialmente também se aceita melhor que o papel de doente seja desempenhado por elas (Ladwig et al., 2000).

Esta ideia tem sido questionada por Macintyre et al. que sugerem que as mulheres, *per se*, não se queixam mais facilmente de sintomas do que os homens. Aparentemente as diferenças de género na dor ou na percepção de sintomas perdem o seu poder discriminativo em doenças específicas (Macintyre, Hunt, & Sweeting, 1996). Num estudo anterior sobre diferenças de género na percepção de uma simples constipação, foi constatado que os homens sobreavaliavam significativamente os seus sintomas (Macintyre, 1993). Apesar disso, há alguma consistência no facto de as mulheres apresentarem queixas sintomáticas em maior número, mais frequentes e mais intensas que os homens.

Mas não são só as queixas de sintomas que diferem entre homens e mulheres. Com vimos anteriormente, 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). Como já foi descrito, esta utilização de cuidados médicos está relacionada positivamente com as queixas sintomáticas. No entanto, essa utilização é independente do tipo e da percepção de sintomas.

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 morbidade 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).

No entanto, há estudos que revelam outro padrão de resultados. No Canadá, por exemplo, não foram encontradas diferenças de género numa série de medidas, incluindo a percepção individual de saúde e o número de dias de falta ao trabalho por motivo de doença (Kandrack, Grant, & Segall, 1991). Noutro estudo mais recente, também não foram encontradas diferenças na percepção individual de saúde entre homens e mulheres (Macintyre et al., 1996).

### **1.3. Sumário, implicações e objectivos do estudo**

O conceito de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde é novo e praticamente desconhecido em Portugal. Como tal carece de uma profunda exploração, não só na sua natureza, mas também na influência que possa ter nos comportamentos de saúde. Esta lacuna motiva-nos a caracterizar as preocupações acerca dos efeitos da modernidade na saúde na população portuguesa, e a sua relação com as queixas somáticas. Porém, por se tratarem de instrumentos novos em Portugal, foi necessário proceder a um estudo de tradução e adaptação experimental das medidas utilizadas, antes de analisar os restantes dados.

Da revisão de literatura efectuada, a investigação revelou que os indivíduos que tinham mais preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde tinham maior probabilidade de apresentar queixas de sintomas no mês anterior do que aqueles com menos preocupações (Petrie et al., 2001). Verificou-se também que os indivíduos fazem atribuições em relação ao desenvolvimento de sintomas responsabilizando aspectos da modernidade como o uso de antibióticos, a toxicidade dos pesticidas, poluição e insecticidas, amálgamas de mercúrio nas obturações dentárias, e a radiação (Wessely, 1997).

O conceito de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde é recente e necessita ainda de exploração adicional, não só na sua natureza, mas também na possível influência que possa ter nos comportamentos relacionados com a saúde. Se estas preocupações estão associadas a queixas de sintomas, e estas queixas são mais frequentes e intensas no sexo feminino (Eriksen et al., 1998; Ihlebaek et al., 2002; Kroenke & Spitzer, 1998; Ladwig et al., 2000; Vassend & Skrondal, 1999), uma das questões que emerge é em que medida existem diferenças de género nas preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e nas queixas subjectivas de saúde. Para um melhor entendimento das questões relacionadas com o género, importa também saber em que medida existem diferenças na afectividade negativa, na percepção individual de saúde, e na utilização dos serviços de saúde, em termos da procura de cuidados médicos.

Por outro lado, existe evidência que a afectividade negativa está forte e positivamente correlacionada com sintomas somáticos e com queixas corporais (Kirmayer et al., 1994; Vassend, 1989; Vassend & Skrondal, 1999; Watson & Pennebaker, 1989). No estudo de Gijbers van Wijk e cols.(1999) o humor negativo foi o mais forte preditor da apresentação de queixas somáticas. Noutro estudo, também a percepção individual de saúde está associada a elevadas queixas de sintomas (Ladwig et al., 2000). No que se refere à afectividade negativa e à percepção individual de saúde como preditores das queixas subjectivas de saúde, e das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, pouco se sabe, pelo facto de não existirem estudos realizados em Portugal, o que também contribuiu para a concretização deste estudo.

A investigação sobre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde tem sugerido que os indivíduos que têm mais preocupações deste tipo recorrem mais a cuidados de saúde complementares do que aqueles com menos preocupações (Petrie et al., 2001). Revelou também que os indivíduos que tinham mais preocupações deste tipo tinham maior probabilidade de apresentar queixas sintomáticas.

Como descrevemos, a frequência de queixas subjectivas de saúde são um forte preditor das visitas ao médico de família (Kolk et al., 2002). De igual forma, verificou-se que o sexo feminino era preditor da utilização dos serviços de saúde (Green & Pope, 1999). Neste contexto, os resultados dão suporte ao objectivo de estudar de que forma a utilização de diferentes tipos de cuidados médicos, por homens e mulheres, está relacionada com o seu nível de queixas subjectivas de saúde específicas.

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, debruçando as diferenças entre homens e mulheres, no que se refere a esta temática.

Assim, o presente estudo pretende atingir os seguintes objectivos e responder às seguintes questões de investigação:

### **Objectivo 1**

Tradução e adaptação experimental de a) escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e b) escala de queixas subjectivas de saúde

### **Objectivo 2**

Caracterizar as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde

Q.I. 1 - Quais os itens que causam mais preocupação aos participantes?

Q.I. 2 - Qual o grupo de preocupações mais relevante para os participantes?

Q.I. 3 - Quais os sintomas mais frequentes nos participantes?

Q.I. 4 - Qual o grupo de queixas sintomáticas mais relevante para os participantes?

### **Objectivo 3**

Investigar o padrão de correlações entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, as queixas subjectivas de saúde, a afectividade negativa e a percepção individual de saúde.

Q.I. 5 – Qual o padrão de correlações entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, as queixas subjectivas de saúde, a afectividade negativa e a percepção individual de saúde?

Q.I. 6 – Em que medida a percepção individual de saúde e a afectividade negativa são predictoras: a) das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e b) das queixas subjectivas de saúde?

**Objectivo 4**

Investigar em que medida existem diferenças de género em relação:

- às preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde;
- às queixas subjectivas de saúde;
- à afectividade negativa;
- à percepção individual de saúde
- ao padrão de correlação entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde
- à utilização dos serviços de saúde: médico de família, especialista, e ambos

**Objectivo 5**

Investigar em que medida o tipo de utilização de serviços de saúde está relacionado com o género.

**Objectivo 6**

Investigar em que medida a utilização de diferentes tipos de cuidados médicos, por homens e mulheres, está relacionada com o seu nível de queixas subjectivas de saúde específicas.

## **2. MÉTODO**

## **2.1. 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 4º ano como habilitação mínima.

## **2.2. Desenho**

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

## **2.3. Procedimento**

Os participantes preencheram um questionário anónimo e confidencial que incluiu, para além de questões sócio-demográficas, medidas sobre o nível de preocupação sobre os efeitos da modernidade na saúde, queixas subjectivas de saúde, afectividade negativa, percepção individual de saúde e utilização de serviços de saúde conforme o questionário em anexo (Anexo A). 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.

## 2.4. Medidas

### *2.4.1. Preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde*

Utilizamos a versão traduzida da *Modern Health Worries Scale*. Esta escala foi desenvolvida por Broadbent e cols. (Broadbent, Hysing, Sivertsen, & Petrie, 2000) e mais tarde publicada (Petrie et al., 2001) para avaliar de que forma os indivíduos estão preocupados com os efeitos de diferentes aspectos da modernidade na sua saúde individual.

Desenvolvida na Nova Zelândia, inclui 32 itens distribuídos por quatro dimensões: intervenções tóxicas (ex: obturações dentárias com amálgama, insecticidas ou repelentes domésticos em spray), alimentos contaminados (ex: antibióticos nos alimentos, pesticidas nos alimentos), poluição ambiental (ex: destruição da camada de ozono, fumo dos tubos de escape) e radiação (ex: antenas de rádio e de telemóveis, cabos eléctricos de alta tensão).

Os itens são medidos através de uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre *Não me preocupa* e *Preocupa-me extremamente*.

É uma escala que se destina à população em geral e de auto-preenchimento. Nenhum dos itens carece de inversão na sua pontuação. Este instrumento foi sujeito a um processo de tradução e adaptação experimental.

### *2.4.2. Queixas subjectivas de saúde*

Para avaliar os sintomas e as queixas de saúde utilizamos 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. Este instrumento foi sujeito a um processo de tradução e adaptação experimental.

### 2.4.3. *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 *stress* patológico e psicopatologia (Watson & Pennebaker, 1989). Foram utilizados apenas os 10 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.

### 2.4.4. *Percepção individual de saúde*

Os participantes avaliaram a sua saúde numa escala de 7 pontos, de *terrível* a *excelente*.

### 2.4.5. *Utilização dos serviços de saúde*

Foi medida através do número de vezes que, nos 12 meses anteriores à investigação, os participantes procuraram profissionais de saúde para aconselhamento e/ou tratamento (médico de família e médico especialista).

### 2.4.6. *Informação Sócio-Demográfica*

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

## 2.5. Análise Estatística

A análise dos dados foi efectuada através da versão 11.5 do *software* estatístico SPSS © - *Statistical Package for Social Sciences* para o Windows ©. Todas as análises e escolha de testes estatísticos foram efectuadas de acordo com as recomendações descritas na literatura (Maroco, 2003; Pallant, 2001; Pestana & Gageiro, 2003; Tabachnick & Fidell, 2001).

Foi realizada uma análise descritiva para todas as medidas do estudo. Para verificar a normalidade das distribuições, foram efectuados testes de *Kolmogorov-Smirnov*. Uma vez que as variáveis apresentavam distribuição normal, e os dados eram de nível de medida intervalar ou *ratio*, foi efectuada estatística paramétrica quando adequada.

Para analisar a estrutura das preocupações modernas de saúde e das queixas subjectivas de saúde, procedemos a uma análise factorial dos componentes principais das respectivas escalas.

Para compreender a natureza das preocupações modernas de saúde calculámos as pontuações médias dos itens visando determinar quais são os que mais preocupam os participantes. Para caracterizar as queixas subjectivas de saúde calculámos as pontuações médias dos itens visando determinar quais são as queixas mais intensas.

O padrão de correlação entre as preocupações sobre o efeito da modernidade, as queixas subjectivas de saúde, a afectividade negativa e a percepção individual de saúde foi analisado através do coeficiente de correlação de *Pearson* e de correlações parciais.

Para verificar os preditores das preocupações sobre o efeito da modernidade na saúde e das queixas subjectivas de saúde foram efectuadas análises de regressão linear, utilizando o método *enter*.

Na análise das diferenças de género nas diversas variáveis em estudo foi utilizado o teste *t de student* para amostras independentes.

Para investigar em que medida o tipo de utilização de serviços de saúde está relacionado com o género utilizou-se o teste do Qui-quadrado.

Por fim, e para investigar em que medida a utilização de diferentes tipos de cuidados médicos, por homens e mulheres, está relacionada com o seu nível de queixas subjectivas de saúde específicas, foi realizada uma análise de covariância (ANCOVA).

## 2.6. Cálculo do Poder Estatístico

Para calcular o poder estatístico, utilizou-se o programa estatístico G-Power ©, versão 2.0 (Faul & Erdfelder, 1992). Uma vez que se tratava de uma investigação em que à partida não saberíamos qual iria ser o tamanho da amostra, o poder estatístico do estudo foi realizado *a posteriori*. Nestas circunstâncias, procurámos detectar um *effect size* médio a um nível  $p < 0,05$ , para cada teste utilizado. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1**

Poder estatístico – cálculo *a posteriori* com um *effect size* médio

Teste estatístico	N	<i>Effect size</i>	Poder estatístico
Teste t para amostras emparelhadas	1113	$f=0.5$	100%
Teste t para amostras independentes	1113	$d=0.5$	100%
Correlações	1113	$r=0.3$	100%
Regressão (2 preditores)	1113	$f^2=0.15$	100%
Qui-quadrado	1006	$w=0.3$	100%
Análise de covariância	1006	$f^2=0.15$	100%

### **3. RESULTADOS**

### 3.1. 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%). Na Tabela 2 são apresentados a média de idades, os graus de escolaridade e a situação profissional dos participantes.

**Tabela 2**

Características sócio-demográficas dos participantes (N=1113)

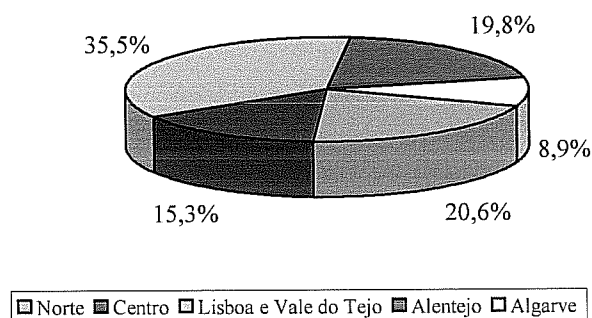
	Homens N=400		Mulheres N=713		Total N=1113	
	<u>M</u> (D.P.)	Variação	<u>M</u> (D.P.)	Variação	<u>M</u> (D.P.)	Variação
<b>Idade</b>	32.1 (11.0)	18-66	30.5 (8.8)	18-64	31.1 (9.6)	18-66
<b>Escolaridade</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
4º Ano	18	4.6	22	3.1	40	3.6
6º Ano	20	5.1	75	10.6	95	8.6
9º Ano	81	20.5	108	15.3	189	17.2
12º Ano	163	41.3	333	47.1	496	45
Ensino Superior	113	28.6	169	23.9	282	25.6
<b>Situação Profissional</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Tempo inteiro	322	80.5	539	75.7	861	77.4
Tempo parcial	31	7.8	133	18.7	164	14.7
Estudante	41	10.3	28	3.9	69	6.2
Reformados, Domésticas, Desempregados	6	1.5	12	1.6	18	1.7

Comparámos os grupos em termos da idade e anos de escolaridade. Verificámos que a média de idade do sexo masculino ( $\underline{M}=32,1$ ,  $\underline{DP}=11,0$ ) é estatisticamente superior à do sexo feminino ( $\underline{M}=30,5$ ,  $\underline{DP}= 8,8$ ;  $t=2,45$ ,  $p=0,01$ ). Nesta amostra, cerca de 71% dos indivíduos tem pelo menos o 12º 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, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (Figura 1).

**Figura 1**

Distribuição da amostra por região (N = 1113)



### 3.2. Análise da consistência interna

Na Tabela 3 apresentamos os valores de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) das medidas utilizadas (excepto aquelas com um só item). Verificamos que todas as escalas apresentam níveis de consistência interna elevados.

**Tabela 3**

Consistência interna das medidas usadas (N=1113)

Medida	N.º de itens	$\alpha$
Preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde	28	.95
Queixas subjectivas de saúde	23	.88
Afectividade negativa	10	.87

### 3.3. Objectivos

#### Objectivo 1

**Tradução e adaptação experimental de a) escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e b) escala de queixas subjectivas de saúde**

#### *a) Processo de tradução e adaptação experimental da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde*

A tradução e adaptação da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde seguiram o seguinte faseamento: 1) tradução “cega” da versão neozelandesa 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 – por ex.: o item original *Fluoridation of water* suscitou duas traduções diferentes; 4) a versão final com 32 itens foi submetida a um estudo piloto com 45 alunos universitários. Verificou-se que as correlações teste – reteste, com um intervalo de 4 semanas são significativas para todos os itens, e a consistência interna da escala é elevada ( $\alpha$  de Cronbach de 0,95 no teste e de 0,96 no reteste).

#### Estudo psicométrico da escala

##### *Validade factorial e fidelidade*

Com base na premissa inicial de quatro dimensões, de acordo com a escala original, efectuámos uma análise confirmatória de componentes principais (KMO: 0,95; teste de esfericidade de Bartlett: 21205,03;  $p=0,000$ ), com rotação *varimax* e com pré-determinação de 4 factores. Na Tabela 4 podemos observar o resultado da análise factorial bem como os valores da consistência interna da escala total e dos 4 factores.

**Tabela 4**

Análise de componentes principais da versão portuguesa da MHW Scale e  $\alpha$  de Cronbach para cada factor e escala total (N = 1113)

	Intervenções tóxicas	Alimentos contaminados	Poluição ambiental	Radiação
Exposição a monitores de computadores ou écrans de vídeo	.74			
Raios-X (incluindo os dentários)	.74			
Obturações dentárias com amálgama	.71			
Luzes fluorescentes	.67			
Fugas em fornos de microondas	.66			
Insecticidas ou repelentes domésticos em spray	.63			
Programas de vacinação	.59			
Flúor na água	.58			
Bactérias nos sistemas de ar condicionado	.55			
Uso excessivo de antibióticos	.52			
Químicos tóxicos de uso doméstico	.51			
Antibióticos nos alimentos		.84		
Pesticidas nos alimentos		.83		
Aditivos nos alimentos		.80		
Hormonas nos alimentos		.80		
Alimentos geneticamente modificados		.70		
Água potável contaminada		.54		
Doença das vacas loucas (BSE)		.52		
Poluição do ar			.80	
Destruição da camada de ozono			.77	
Fumo dos tubos de escape			.77	
Outros tipos de poluição ambiental			.75	
Poluição sonora			.69	
Radiação nuclear			.65	
Pesticidas em spray			.62	
Telemóveis				.86
Antenas de rádio e de telemóveis				.86
Cabos eléctricos de alta tensão				.55
N	1044	1084	1080	1085
Eigenvalue	12.41	2.26	1.97	1.38
$\alpha$ de Cronbach	.91	.93	.90	.80
$\alpha$ de Cronbach Total		.95		

Foram incluídos num factor os itens com saturação igual ou superior a 0,50. Assim, a matriz factorial obtida, inclui 28 itens que explicam 64% da variância total, e identifica de forma clara as quatro dimensões preconizadas pelos autores na versão original. Estas são: *intervenções tóxicas* (11 itens), *alimentos contaminados* (7 itens), *poluição ambiental* (7 itens) e *radiação* (3 itens).

### Tabela 5

Análise de componentes principais da versão neozelandesa da MHW Scale e  $\alpha$  de Cronbach para cada factor e escala total (N = 526)

	Toxic interventions	Tainted food	Environmental pollution	Radiation
Vaccinations programs	.68			
Toxic chemicals in household products	.65			
Fluoridation of water	.65			
Bacteria in air condition systems	.63			
Amalgam dental fillings	.61			
Medical and dental X-Rays	.59			
Leakage from microwave ovens	.57			
Contaminated water supply	.50			
Overuse of antibiotics	.50			
Poor building ventilation	.47			
Drug resistant bacteria	.44			
Antibiotics in food		.84		
Hormones in food		.84		
Additives in food		.73		
Pesticides in food		.72		
Genetically modified food		.67		
Traffic fumes			.82	
Air pollution			.79	
Other environmental pollution			.78	
Depletion of the Ozone layer			.70	
Noise pollution			.70	
Pesticides in spray			.60	
Radio or cell phone towers				.83
Cell phones				.79
High tension power lines				.71
N	523	526	526	524
$\alpha$ de Cronbach	.88	.91	.89	.80
$\alpha$ de Cronbach Total			.94	

A fidelidade das quatro dimensões da escala de preocupações modernas com a saúde foi verificada através do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach e revelou valores iguais ou superiores a 0,80. A consistência interna da escala com os 28 itens resultantes da análise factorial também é elevada, produzindo um valor de  $\alpha$  de Cronbach de 0,95.

Na Tabela 5 podemos observar a análise de componentes principais da versão original e os respectivos valores do  $\alpha$  de Cronbach (Petrie et al., 2001).

Verificamos que a estrutura subjacente da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde é similar entre os dois países (Portugal e Nova Zelândia), embora a estrutura de alguns factores seja diferente. Os valores do  $\alpha$  de Cronbach de cada factor são igualmente elevados, bem como o da escala total.

### *Sensibilidade*

A Tabela 6 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.

**Tabela 6**

Estatísticas descritivas dos quatro factores (N = 1113)

Factores	Média	D.P.	Mediana	Coefficiente de Assimetria	Coefficiente de Curtose
Intervenções tóxicas	33.46	8.82	33.00	-.02	-.09
Alimentos contaminados	26.46	6.24	27.00	-.62	-.008
Poluição ambiental	25.60	5.74	26.00	-.57	.16
Radiação	7.58	2.68	8.00	.24	-.27

*Validade concorrente*

A validade concorrente foi analisada através do estudo das correlações entre a Escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, a percepção individual de saúde e a afectividade negativa (medida pela PANAS) (Tabela 7).

**Tabela 7**

Correlações de Pearson entre a percepção individual de saúde e afectividade negativa e os factores das preocupações modernas (N = 1113)

	Intervenções tóxicas	Alimentos contaminados	Poluição ambiental	Radiação
Percepção individual de saúde	-.08**	-.06*	n.s.	-.06*
Afectividade Negativa	.08**	.08**	.09**	n.s.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Verificou-se que a percepção individual de saúde está negativamente correlacionada com os factores *intervenções tóxicas* ( $r = -0,08$ ,  $p < 0,01$ ), *alimentos contaminados* ( $r = -0,06$ ,  $p < 0,05$ ) e *radiação* ( $r = -0,06$ ,  $p < 0,05$ ), mas não com o factor *poluição ambiental*. A afectividade negativa está significativamente associada com os factores *intervenções tóxicas* ( $r = 0,08$ ,  $p < 0,01$ ), *alimentos contaminados* ( $r = 0,08$ ,  $p < 0,01$ ) e *poluição ambiental* ( $r = 0,09$ ,  $p < 0,01$ ), mas não com a dimensão *radiação*.

Os resultados sugerem que a escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde é uma medida com muito boa consistência interna, sensibilidade, validade concorrente e factorial. Estes resultados são congruentes com aqueles encontrados por Petrie e cols. (2001).

### ***b) Processo de tradução e adaptação experimental da escala de queixas subjectivas de saúde***

A tradução e adaptação da *Subjective Health Complaint (SHC) Scale* seguiu 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 versão final com 28 itens foi submetida a um estudo piloto com 45 alunos universitários. Verificou-se que as correlações teste – re-teste, com um intervalo de 4 semanas são significativas para todos os itens excepto para os itens *tosse* e *visão turva ou dupla visão*, e a consistência interna da escala é elevada ( $\alpha$  de Cronbach de 0,87 no teste e de 0,88 no re-teste).

#### Estudo psicométrico da escala

##### *Validade factorial e fidelidade*

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 5 factores de acordo com as recomendações dos autores (Eriksen et al., 1999). Na Tabela 8 podemos observar o resultado da análise factorial bem como os valores da consistência interna da escala total e dos 5 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  $\alpha$  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 ( $\alpha = 0,88$ ).

### Tabela 8

Análise de componentes principais da versão portuguesa da SHC Scale e  $\alpha$  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
$\alpha$ de Cronbach	.84	.67	.77	.74	.74
$\alpha$ de Cronbach Total			.88		

Na Tabela 9 podemos observar a análise de componentes principais da versão original e os respectivos valores do  $\alpha$  de Cronbach. 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.

**Tabela 9**

Análise de componentes principais da versão original da *SHC Scale* e  $\alpha$  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
$\alpha$ de Cronbach	.74	.73	.62	.58	.67

*Sensibilidade*

A Tabela 10 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.

**Tabela 10**

Estatísticas descritivas dos cinco factores (N = 1113)

Factores	Média	D.P.	Mediana	Coefficiente de Assimetria	Coefficiente de Curtose
Dores músculo-esqueléticas	8.05	3.54	7	.62	-.66
Alergia	8.64	2.93	8	1.4	-1.7
Problemas gastrointestinais	8.35	3.19	8	.93	.26
Pseudoneurologia	10.71	3.64	10	.41	-.56
Gripe	5.42	2.37	5	.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) (Tabela 11). Verificou-se que a percepção individual de saúde está negativamente correlacionada com os todos os factores da escala de queixas subjectivas de saúde. A afectividade negativa está significativamente associada com todos os factores da mesma escala.

**Tabela 11**

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

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.

## Objectivo 2

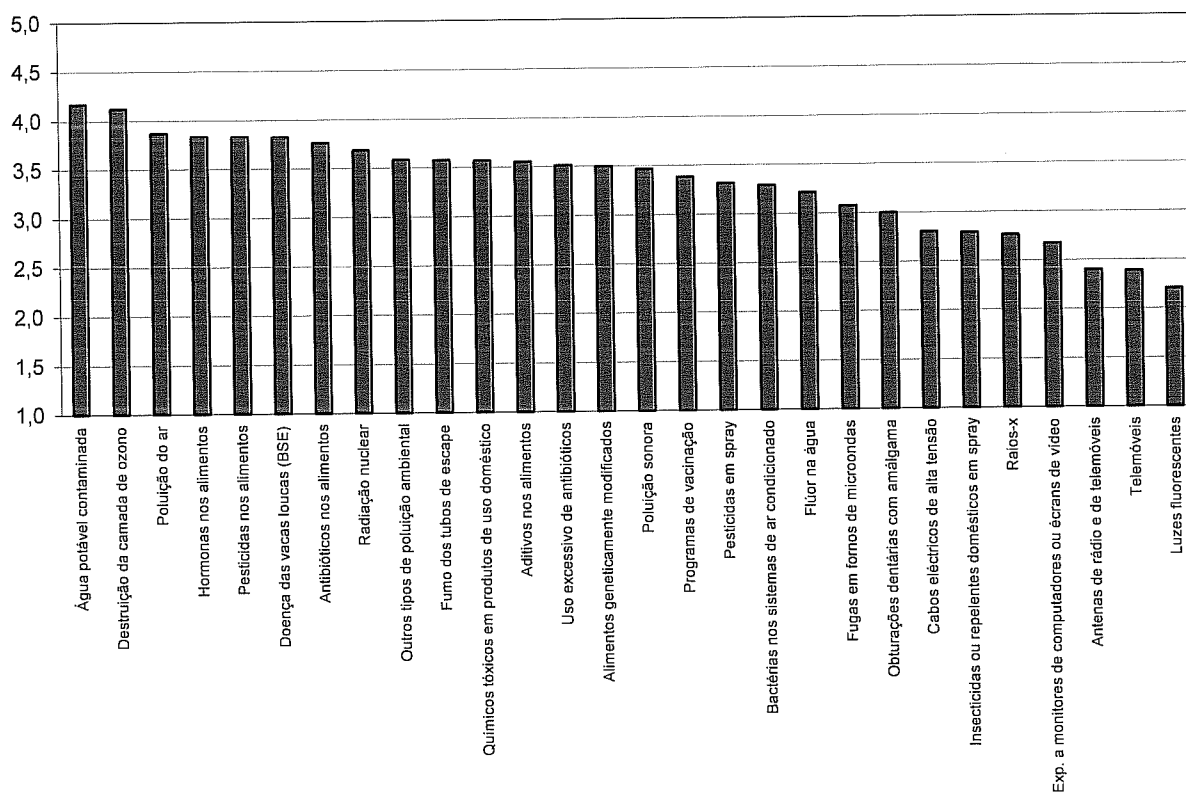
### Caracterizar as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas

#### Q.I. 1 - Quais os itens que causam mais preocupação aos participantes?

A escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde foi examinada para determinar quais os itens mais relevantes para os participantes. Como podemos observar na Figura 2, o item que mais preocupa os participantes é a *água potável contaminada* (4,17) seguido de *destruição da camada de ozono* (4,12). Os dois itens com que os participantes menos se preocupam são os *telemóveis* (2,39) e *luzes fluorescentes* (2,21).

**Figura 2**

Média dos itens da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde



## Q.I. 2 - Qual o grupo de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde mais relevante para os participantes?

Em primeiro lugar analisámos as médias das dimensões que compõem a escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde (Tabela 12).

**Tabela 12**

Médias das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde (N=1113)

Dimensão	Média	D.P.	Variação
Intervenções tóxicas	33,46	8,82	11-55
Alimentos contaminados	26,46	6,24	7-35
Poluição ambiental	25,60	5,74	7-35
Radiação	7,58	2,68	3-15

Para determinar qual o grupo de preocupações mais relevante para os participantes, os valores das componentes da escala foram obtidos somando os itens que as compunham, de acordo com a análise de componentes principais. Para comparar as dimensões, os seus valores foram transformados em percentagens da pontuação total possível. As suas médias são apresentadas na Tabela 13.

**Tabela 13**

Médias das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde (percentagens da pontuação total possível) (N=1113)

Dimensão	Média	D.P.
Intervenções tóxicas	60,84	16,04
Alimentos contaminados	75,59	17,82
Poluição ambiental	73,13	16,39
Radiação	50,52	17,84

Quer pela Tabela 12 quer pela Tabela 13, verificamos que todas as dimensões apresentam valores acima do nível médio da pontuação possível.

Com a aplicação do teste t para amostras emparelhadas (Tabela 14), verificamos que existem diferenças significativas entre as quatro componentes da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde.

**Tabela 14**

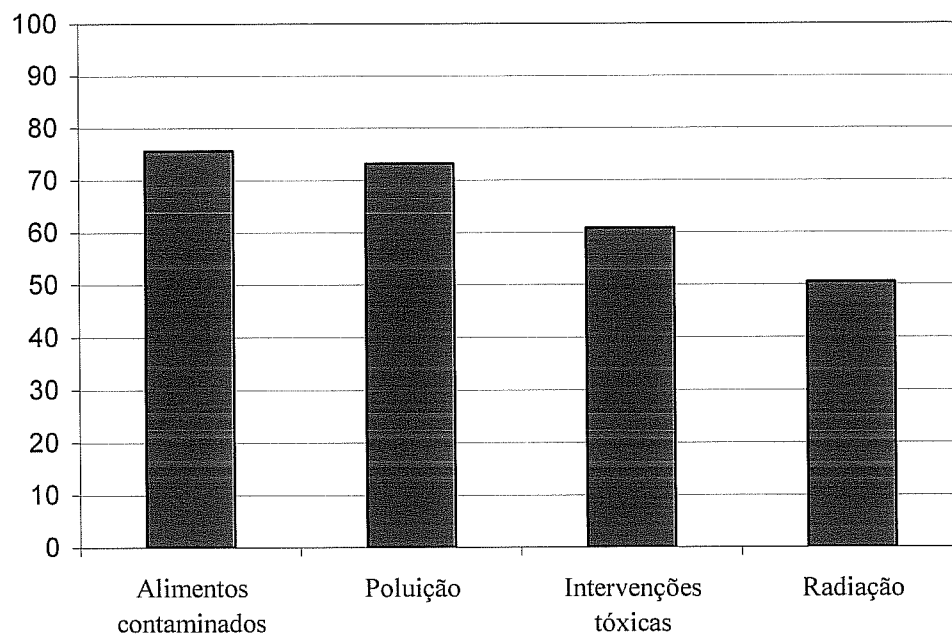
Resultados do teste t para amostras emparelhadas (N=1113)

Par	t	p
Intervenções tóxicas – Alimentos contaminados	38.01	***
Intervenções tóxicas – Poluição ambiental	27.52	***
Intervenções tóxicas – Radiação	19.04	***
Alimentos contaminados – Poluição ambiental	5.76	***
Alimentos contaminados – Radiação	42.51	***
Poluição ambiental – Radiação	43.56	***

Numa análise mais detalhada, constatamos que o factor *alimentos contaminados* é aquele que mais preocupa os participantes ( $\underline{M}=75,59$ ,  $\underline{DP}=17,82$ ) e é significativamente superior à *poluição* ( $\underline{M}=73,13$ ,  $\underline{DP}=16,39$ ;  $t=5,76$ ,  $p<0,001$ ), às *intervenções tóxicas* ( $\underline{M}=60,84$ ,  $\underline{DP}=16,04$ ;  $t=38,01$ ,  $p<0,001$ ) e à *radiação* ( $\underline{M}=50,52$ ,  $\underline{DP}=17,84$ ;  $t=42,51$ ,  $p<0,001$ ), sendo esta última a dimensão que menos preocupa os participantes. A preocupação com a *poluição* difere significativamente das *intervenções tóxicas* ( $t=27,52$ ,  $p<0,001$ ) e da *radiação* ( $t=43,56$ ,  $p<0,001$ ). Existem também diferenças significativas entre as *intervenções tóxicas* e a *radiação* ( $t=19,04$ ,  $p<0,001$ ). A comparação das dimensões da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde pode ser observada graficamente na Figura 3.

**Figura 3**

Comparação das dimensões da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde

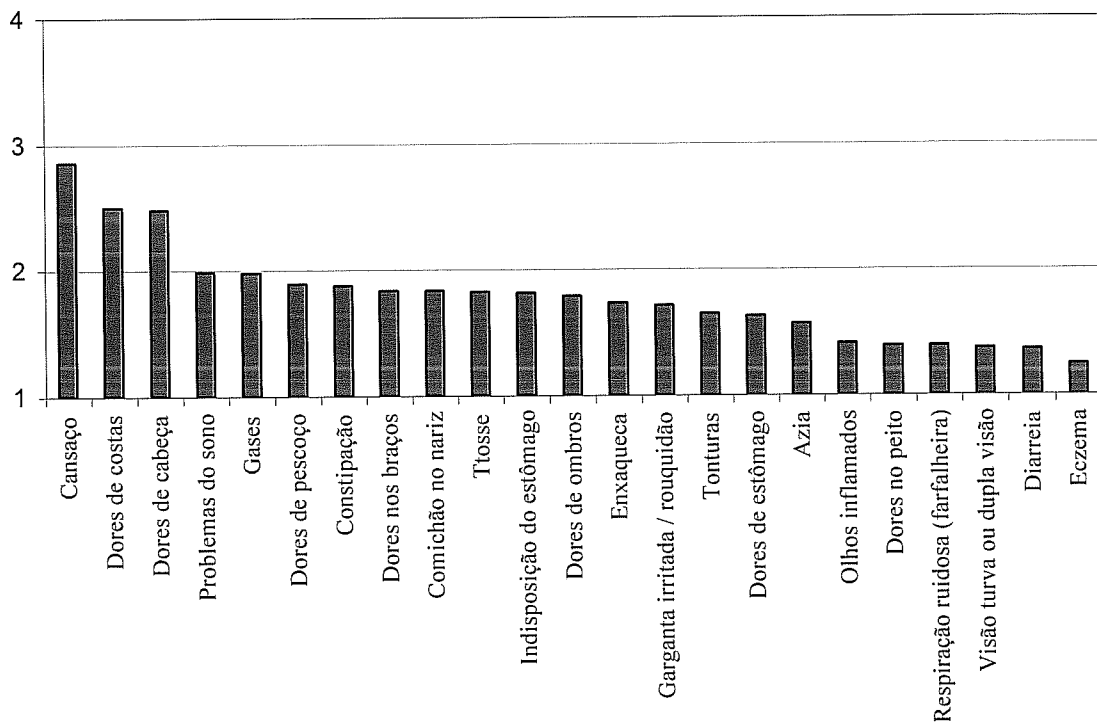


### Q.I. 3 - Quais os sintomas mais frequentes nos participantes?

Analisámos a escala de queixas subjectivas de saúde para determinar quais os sintomas mais referidos pelos participantes. Como podemos observar na Figura 4, o sintoma de que os participantes mais se queixam é o *cansaço* (2,86) seguido de *dores de costas* (2,50). Os dois sintomas menos referidos pelos participantes são *diarreia* (1,36) e *eczema* (1,24).

**Figura 4**

Média dos itens da escala de queixas subjectivas de saúde



#### Q.I. 4 - Qual o grupo de queixas sintomáticas mais relevante para os participantes?

Em primeiro lugar analisámos as médias das dimensões que compõem a escala de queixas subjectivas de saúde (Tabela 15).

**Tabela 15**

Médias das queixas subjectivas de saúde (N=1113)

Dimensão	Média	D.P.	Variação
Dores músculo-esqueléticas	8,05	3,54	4-16
Problemas gastrointestinais	8,35	3,19	5-20
Pseudoneurologia	10,71	3,64	5-20
Gripe	5,42	2,37	3-12
Alergia	8,64	2,93	6-24

Mais uma vez, 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, de acordo com a análise de componentes principais. Para comparar as dimensões, os seus valores foram transformados em percentagens da pontuação total possível. As suas médias são apresentadas na Tabela 16.

**Tabela 16**

Médias das queixas subjectivas de saúde (percentagens da pontuação total possível) (N=1113)

Dimensão	Média	D.P.
Dores músculo-esqueléticas	50,30	22,14
Problemas gastrointestinais	41,74	15,93
Pseudoneurologia	53,55	18,22
Gripe	45,18	19,78
Alergia	35,98	12,19

Quer pela Tabela 15 quer pela Tabela 16, verificamos que todas as dimensões excepto a pseudoneurologia, apresentam valores abaixo do nível médio da pontuação possível.

Com a aplicação do teste t para amostras emparelhadas (Tabela 17), verificamos que existem diferenças significativas entre as cinco componentes da escala de queixas subjectivas de saúde.

**Tabela 17**

Resultados do teste t para amostras emparelhadas (N=1113)

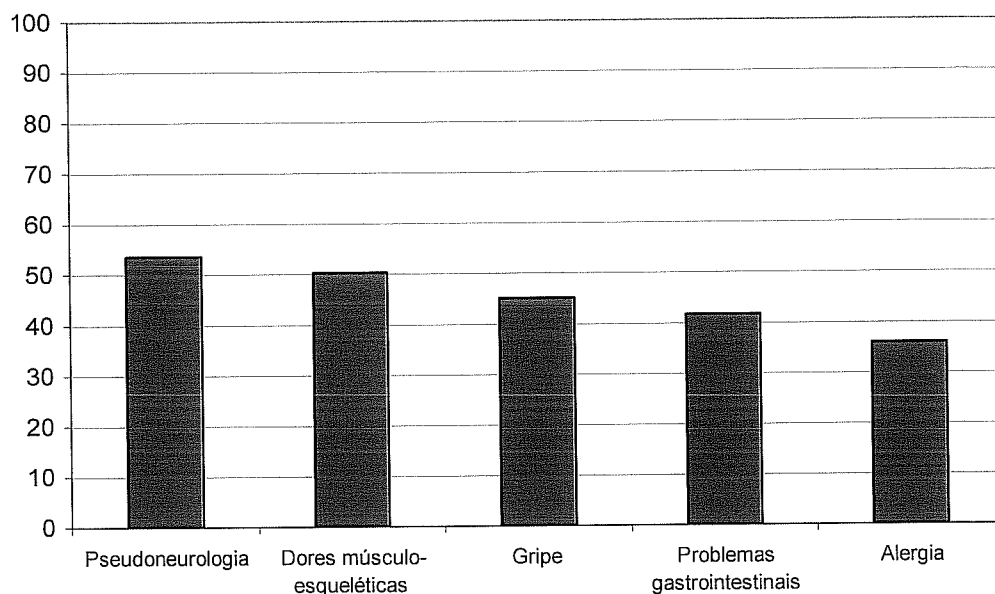
Par	t	p
Dores músculo-esqueléticas – Problemas gastrointestinais	13,39	***
Dores músculo-esqueléticas – Pseudoneurologia	-5,51	***
Dores músculo-esqueléticas – Gripe	6,65	***
Dores músculo-esqueléticas – Alergia	23,61	***
Problemas gastrointestinais – Pseudoneurologia	-22,39	***
Problemas gastrointestinais – Gripe	-5,47	***
Problemas gastrointestinais – Alergia	13,12	***
Pseudoneurologia – Gripe	12,41	***
Pseudoneurologia – Alergia	35,74	***
Gripe – Alergia	17,23	***

Analisando estas diferenças, verificamos que os as queixas mais relevantes para os participantes são principalmente de *pseudoneurologia* ( $\underline{M}=53,55$ ,  $\underline{DP}=18,22$ ) e essas queixas são significativamente superiores às *dores músculo-esqueléticas* ( $\underline{M}=50,30$ ,  $\underline{DP}=22,14$ ;  $t=5,51$ ,  $p<0,001$ ), à *gripe* ( $\underline{M}=45,18$ ,  $\underline{DP}=19,78$ ;  $t=12,41$ ,  $p<0,001$ ), aos *problemas gastrointestinais* ( $\underline{M}=41,74$ ,  $\underline{DP}=15,93$ ;  $t=22,39$ ,  $p<0,001$ ), e à *alergia* ( $\underline{M}=35,98$ ,  $\underline{DP}=12,19$ ;  $t=35,74$ ,  $p<0,001$ ) sendo esta última a dimensão de que os

participantes menos se queixam. As *dores músculo-esqueléticas* diferem significativamente das queixas de *gripe* ( $t=6,65$ ,  $p<0,001$ ), dos *problemas gastrointestinais* ( $t=13,39$ ,  $p<0,001$ ) e da *alergia* ( $t=23,61$ ,  $p<0,001$ ). Existem também diferenças significativas entre as queixas de *gripe* e os *problemas gastrointestinais* ( $t=5,47$ ,  $p<0,001$ ) e entre as queixas de *gripe* e a *alergia* ( $t=17,23$ ,  $p<0,001$ ). Por fim, os *problemas gastrointestinais* diferem significativamente das queixas de *alergia* ( $t=13,12$ ,  $p<0,001$ ). A comparação das dimensões da escala de queixas subjectivas de saúde pode ser observada graficamente na Figura 5.

**Figura 5**

Comparação das dimensões da escala de queixas subjectivas de saúde



**Objectivo 3**

**Investigar o padrão de correlações entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, as queixas subjectivas de saúde, a afectividade negativa e a percepção individual de saúde.**

**Q.I. 5 – Qual o padrão de correlações entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, as queixas subjectivas de saúde, a afectividade negativa e a percepção individual de saúde?**

Para atingirmos este objectivo, examinámos em primeiro lugar as correlações entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e a afectividade negativa e a percepção individual de saúde. Estas associações podem ser observadas na Tabela 18.

**Tabela 18**

Correlações de Pearson entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e percepção individual de saúde e a afectividade negativa (N=1113)

	Percepção individual de saúde	Afectividade negativa
Intervenções tóxicas	-.08**	.08**
Alimentos contaminados	-.06*	.08**
Poluição ambiental	-.03	.08**
Radiação	-.06*	.03
Escala total	-.07*	.09**

\*-  $p < .05$ ; \*\*-  $p < .01$

As correlações entre as preocupações com a modernidade na saúde, a afectividade negativa e a percepção individual de saúde foram investigadas usando o

coeficiente de correlação de Pearson. Verificamos que a afectividade negativa está relacionada positivamente com todas as componentes da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, excepto com a dimensão radiação. Ou seja, os indivíduos que apresentam maiores níveis de afectividade negativa são os que mais preocupações têm sobre os efeitos da modernidade na saúde, excepto para a radiação. Por outro lado, estas preocupações estão negativamente associadas com a percepção individual de saúde, excepto a preocupação com poluição ambiental.

De seguida analisámos as associações entre as queixas subjectivas de saúde e a afectividade negativa e a percepção individual de saúde (Tabela 19).

**Tabela 19**

Correlações de Pearson entre as queixas subjectivas de saúde e a percepção individual de saúde e a afectividade negativa (N=1113)

	Percepção individual de saúde	Afectividade negativa
Problemas gastrointestinais	-.26***	.31***
Gripe	-.21***	.23***
Dores músculo-esqueléticas	-.32***	.26***
Pseudoneurologia	-.34***	.38***
Alergia	-.25***	.30***
Escala total	-.38***	.41***

\*\*\*-  $p < .001$

As correlações entre as queixas subjectivas de saúde, a afectividade negativa e a percepção individual de saúde foram investigadas usando o coeficiente de correlação de Pearson. Como podemos observar na Tabela 19, a afectividade negativa está positivamente associada com todo o tipo de queixas subjectivas, ou seja, quanto mais negativa é a afectividade, maior o nível das queixas. Por outro lado, existe uma correlação negativa entre a percepção individual de saúde e as queixas somáticas, ou seja, quanto mais queixas os indivíduos apresentam, pior avaliam a sua saúde.

Uma vez que a afectividade negativa (medida pela PANAS) está relacionada positivamente com a escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde ( $r=0,09$ ,  $p<0,01$ ), e a afectividade negativa tem estado consistentemente associada a queixas de sintomas (Kirmayer et al., 1994; Vassend, 1989; Vassend & Skrondal, 1999; Watson & Pennebaker, 1989) – tal como aqui também observámos – as análises entre as preocupações sobre a modernidade e as queixas subjectivas de foram controladas para a afectividade negativa.

Foram, então, analisadas as correlações parciais entre as preocupações sobre a modernidade e as queixas subjectivas de saúde, controlando para a afectividade negativa (Tabela 20).

**Tabela 20**

Correlações parciais entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde (N=1113)

	Intervenções tóxicas	Alimentos contaminados	Poluição ambiental	Radiação	Escala total
Problemas gastrointestinais	n.s.	.07*	.07*	n.s.	.06*
Gripe	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Dores músculo- esqueléticas	.15***	.14***	.10***	.08**	.15***
Pseudoneurologia	.10***	.12***	.06*	.06*	.11***
Alergia	.09**	n.s.	n.s.	n.s.	.07*
Escala total	.13***	.12***	.08**	n.s.	.12***

\*-  $p<.05$ ; \*\*-  $p<.01$ ; \*\*\*-  $p<.001$

Utilizámos as correlações parciais para explorar as associações entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde, controlando o efeito da afectividade negativa. Verificámos que existem

correlações entre os *scores* totais destas escalas, e que estas são independentes da afectividade negativa. Uma análise ao valor da correlação de Pearson ( $r=.15$ ) (esta tabela pode ser observada no Anexo B), sugere que a afectividade negativa tem um efeito ligeiro na força da relação existente entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde.

Por fim, analisámos a associação entre a afectividade negativa e a percepção individual de saúde através do coeficiente de correlação de Pearson. Verificamos que existe uma relação negativa entre estas variáveis ( $r=-0,20$ ,  $p<0,001$ ), o que sugere que quanto maior a afectividade negativa, pior é a percepção individual de saúde.

**Q.I. 6 – Em que medida a percepção individual de saúde e a afectividade negativa são preditoras: a) das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e b) das queixas subjectivas de saúde?**

Após analisarmos quais as correlações significativas entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, a percepção individual de saúde e a afectividade negativa, foi efectuada a análise de regressão linear, com o método *enter*, visando calcular o valor preditivo da percepção individual de saúde e da afectividade negativa para as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde. Verificámos que este era apenas de 1%, pelo que concluímos que estas variáveis não são preditoras das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde.

Procurámos então saber em que medida aquelas variáveis são preditoras das queixas subjectivas de saúde. Para atingir esse objectivo foram realizadas análises de regressão linear, com o método *enter*, onde as variáveis dependentes eram as dimensões das queixas subjectivas de saúde e as variáveis independentes eram a afectividade negativa e a percepção individual de saúde. O resumo destes resultados pode ser observado na Tabela 21.

**Tabela 21**

Sumário da análise de regressão linear para as variáveis predictoras das queixas subjectivas de saúde (N=1113)

	Variável	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>	β	p
Problemas gastrointestinais	Afectividade negativa	9%	.27	***
	Percepção individual de saúde	4%	-.20	***
Gripe	Afectividade negativa	5%	.19	***
	Percepção individual de saúde	3%	-.17	***
Dores músculo-esqueléticas	Afectividade negativa	7%	.21	***
	Percepção individual de saúde	7%	-.27	***
Pseudoneurologia	Afectividade negativa	14%	.32	***
	Percepção individual de saúde	7%	-.27	***
Alergia	Afectividade negativa	9%	.26	***
	Percepção individual de saúde	4%	-.20	***
Escala Total	Afectividade negativa	16%	.34	***
	Percepção individual de saúde	9%	-.31	***

\*\*\*- p<.001

A Tabela 21 apresenta os coeficientes de regressão standartizados ( $\beta$ ), o R<sup>2</sup> ajustado e a probabilidade de significância (p).

Estes resultados revelam que a afectividade negativa é o principal preditor de todo o tipo de queixas subjectivas de saúde, excepto das dores músculo-esqueléticas. Entre 5% e 16% da variabilidade nas queixas subjectivas de saúde era predita por esta variável independente. Quando adicionada a percepção individual de saúde, verificamos que a percentagem de variância explicada se situa entre os 8% (na dimensão gripe) e 25% (na escala total das queixas subjectivas de saúde).

**Objectivo 4****a) Investigar em que medida existem diferenças de género nas preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde**

Para analisar as diferenças de género existentes nas preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, foi utilizado o teste t para amostras independentes. Verificámos que existem diferenças entre homens e mulheres nas dimensões *intervenções tóxicas*, *alimentos contaminados* e *radiação*, bem como na escala total. Embora as mulheres apresentem níveis mais elevados de preocupação com a poluição ambiental do que os homens, não foram encontradas diferenças significativas dos níveis de preocupação com a poluição ambiental entre homens ( $\underline{M}= 25,37$ ,  $\underline{DP}= 5,97$ ) e mulheres ( $\underline{M}= 25,72$ ,  $\underline{DP}= 5,6$ ;  $t=-0,99$ ,  $p=0,32$ ) (Tabela 22).

**Tabela 22**

Preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde – Diferenças de género

Dimensão	Variação	Homens (n=400)		Mulheres (n=713)		t	Sig.
		Média	D.P.	Média	D.P.		
Intervenções tóxicas	6-30	15.74	5.12	16.94	5.00	-3.78	***
Alimentos contaminados	5-25	17.46	5.17	19.03	4.45	-5.10	***
Poluição ambiental	7-35	25.37	5.97	25.72	5.60	-.99	n.s.
Radiação	3-15	7.28	2.70	7.74	2.65	-2.74	**
Escala total	21-105	65.85	15.75	69.44	14.14	-3.78	***

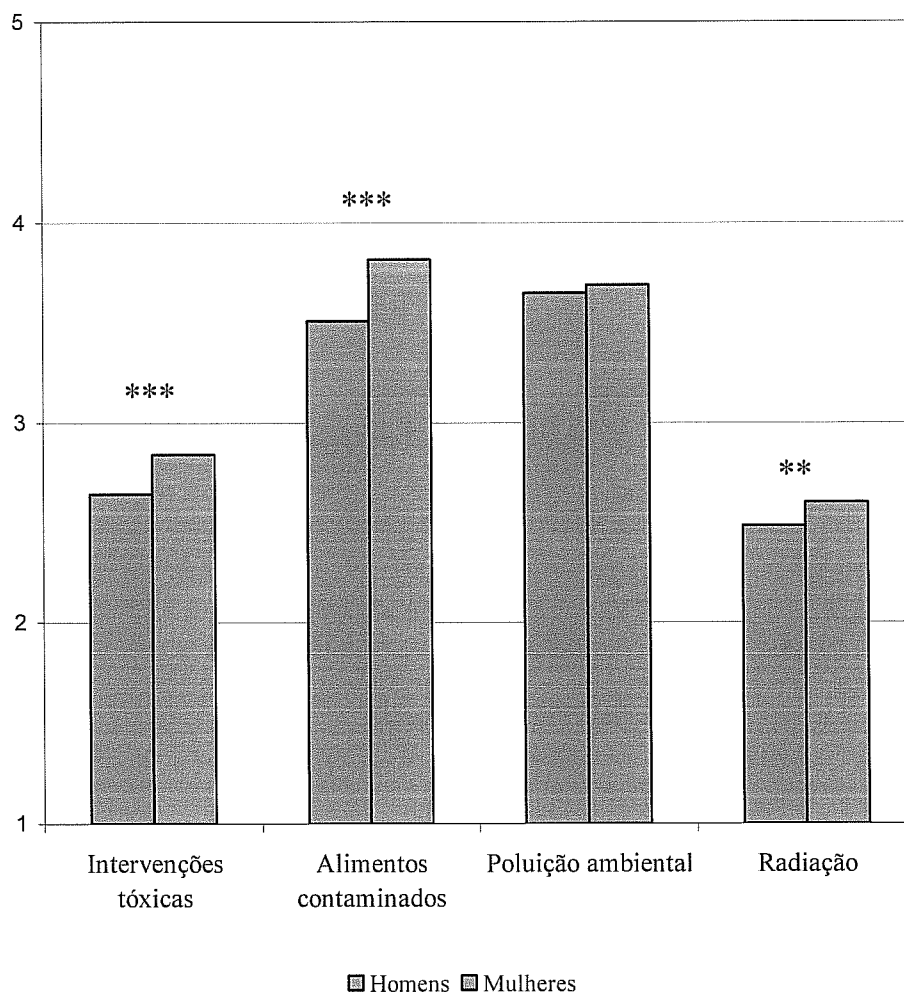
\*\*- p&lt;.01; \*\*\*- p&lt;.001

Um outro tipo de análise mais detalhada permite-nos comparar as diferenças existentes, entre homens e mulheres, nas médias dos itens que constituem cada uma das componentes (Figura 6).

### Figura 6

Média dos itens das componentes da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde – Diferenças de género

(\* -  $p < .05$ ; \*\*\* -  $p < .001$ )



**b) Investigar em que medida existem 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 23.

**Tabela 23**

Queixas subjectivas de saúde – Diferenças de género

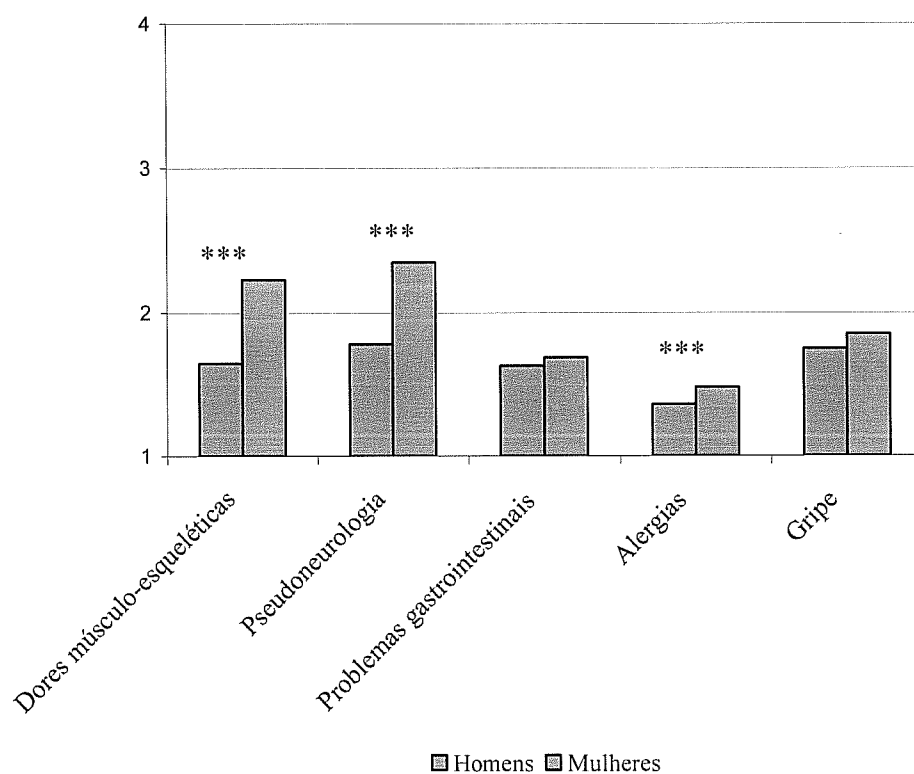
Dimensão	Variação	Homens (n=400)		Mulheres (n=713)		t	Sig.
		Média	D.P.	Média	D.P.		
Problemas gastrointestinais	5-20	8.18	3.00	8.44	3.28	-1.36	n.s.
Gripe	3-12	5.26	2.27	5.51	2.43	-1.73	n.s.
Dores músculo-esqueléticas	4-16	6.57	2.79	8.87	3.65	-11.76	***
Pseudoneurologia	5-20	8.96	3.05	11.69	3.58	-13.38	***
Alergia	6-24	8.19	2.65	8.88	3.04	-3.95	***
Escala total	23-92	37.15	10.43	43.38	11.61	-9.16	***

\*\*\* -  $p < .001$

Analisando a média dos itens das subescalas das queixas subjectivas de saúde, é possível comparar as diferenças existentes entre homens e mulheres (Figura 7)

### Figura 7

Média dos itens das componentes da escala de queixas subjectivas de saúde –  
– diferenças de género (\*\*\*)-  $p < .001$ )



**c) Investigar em que medida existem diferenças de género na afectividade negativa**

Utilizámos o teste t para amostras independentes para comparar a afectividade negativa entre homens e mulheres. Nesta análise, verificámos que não existem diferenças significativas entre homens ( $\underline{M}=19,35$ ,  $\underline{DP}=6,32$ ) e mulheres ( $\underline{M}=20,05$ ,  $\underline{DP}=6,64$ ;  $t=-1,72$ ,  $p=0,09$ ).

**d) Investigar em que medida existem diferenças de género na percepção individual de saúde**

Para analisar o efeito de género na percepção individual de saúde, utilizámos o teste t para amostras independentes. Concluimos que os homens ( $\underline{M}=5,24$ ,  $\underline{DP}=0,97$ ) percebem a sua saúde de forma mais positiva do que as mulheres ( $\underline{M}=4,92$ ,  $\underline{DP}=0,93$ ;  $t=5,36$ ,  $p<0,001$ ). Estas diferenças são significativas e podem ser observadas na Tabela 24.

**Tabela 24**

Percepção individual de saúde – Diferenças de género

	Variação	Homens (n=400)		Mulheres (n=713)		t	Sig.
		Média	D.P.	Média	D.P.		
Percepção individual de saúde	1-7	5.24	.97	4.92	.93	5.36	***

\*\*\* -  $p<.001$

**e) Investigar em que medida existem diferenças de género no padrão de correlação entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde**

Para investigar em que medida o padrão de correlação entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde difere entre homens e mulheres, utilizámos correlações parciais. Novamente, uma vez que a afectividade negativa (medida pela PANAS) está relacionada positivamente com a escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, as análises de correlações entre as preocupações sobre a modernidade e as queixas subjectivas de saúde foram controladas para a afectividade negativa. As tabelas referentes às correlações de Pearson, para homens e mulheres, encontram-se no Anexo B.

**Tabela 25**

Padrão de correlações parciais significativas entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde, controlando para a afectividade negativa – Homens (N=400)

	Intervenções tóxicas	Alimentos contaminados	Poluição ambiental	Radiação	Escala total
Problemas gastrointestinais					
Gripe	.10*				
Dores músculo- esqueléticas	.18***	.12*	.12*	.10*	.16***
Pseudoneurologia					
Alergia					
Escala total	.11*				.10*

\*-  $p < .05$ ; \*\*-  $p < .01$ ; \*\*\*-  $p < .001$

Como podemos observar na Tabela 25, nos homens, as dores músculo-esqueléticas estão positivamente relacionadas com as intervenções tóxicas ( $r=0,18$ ,  $p < 0,001$ ), com os alimentos contaminados ( $r=0,12$ ,  $p < 0,05$ ), com a poluição ambiental

( $r=0,12$ ,  $p<0,05$ ), com a radiação ( $r=0,1$ ,  $p<0,05$ ) e com a escala total das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde ( $r=0,16$ ,  $p<0,001$ ). De salientar ainda a associação positiva entre a escala de queixas subjectivas de saúde e a escala das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde ( $r=0,1$ ,  $p<0,05$ ).

**Tabela 26**

Padrão de correlações parciais significativas entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde, controlando para a afectividade negativa – Mulheres (N=713)

	Intervenções tóxicas	Alimentos contaminados	Poluição ambiental	Radiação	Escala total
Problemas gastrointestinais		.09*	.09*		
Gripe					
Dores músculo-esqueléticas	.08*	.09*	.09*		.10**
Pseudoneurologia	.08*				.08*
Alergia	.08*				
Escala total	.08*		.08*		.09*

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

Nas mulheres, o padrão de correlações entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde é diferente, como podemos observar na Tabela 26. Verificamos que a dimensão radiação é a única da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde que não está relacionada com as queixas de dores músculo-esqueléticas. De salientar a associação positiva entre a preocupação com alimentos contaminados e problemas gastrointestinais ( $r=0,09$ ,  $p<0,05$ ) e entre a preocupação com a poluição ambiental e problemas gastrointestinais ( $r=0,09$ ,  $p<0,05$ ). Verificamos ainda que as preocupações com as intervenções tóxicas estão positivamente correlacionadas com as queixas de dores músculo-esqueléticas ( $r=0,08$ ,  $p<0,05$ ), de pseudoneurologia ( $r=0,08$ ,  $p<0,05$ ) e de alergia ( $r=0,08$ ,  $p<0,05$ ). Também a escala total das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e das queixas subjectivas de saúde estão positivamente relacionadas ( $r=0,09$ ,  $p<0,05$ ).

**f) Investigar em que medida existem diferenças de género na utilização dos serviços de saúde: médico de família, especialista, e ambos**

Para analisar em que medida existem diferenças de género na utilização dos serviços de saúde, médico de família, especialista, e ambos, utilizámos o teste t para amostras independentes (Tabela 27).

**Tabela 27**

Média de visitas por tipo de médico – Diferenças de género

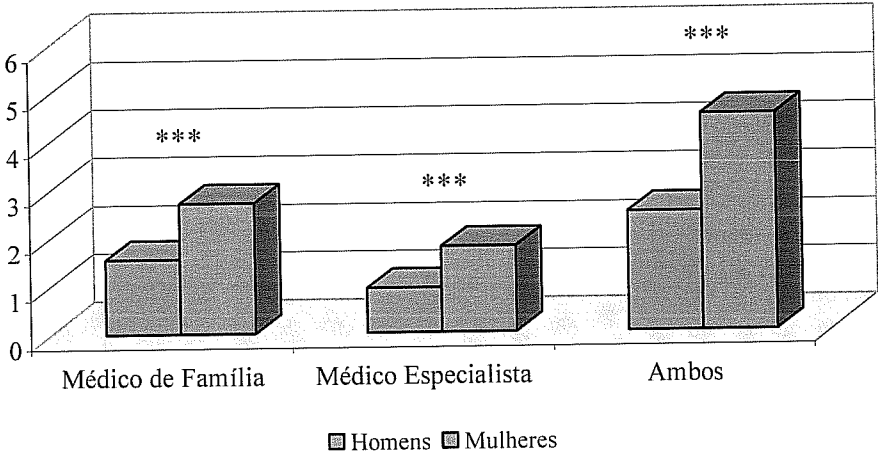
Tipo de cuidados	Homens (n=400)		Mulheres (n=713)		t	Sig.
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Médico de família	1.55	1.76	2.72	2.80	-8.55	***
Médico especialista	.93	1.67	1.78	2.67	-6.50	***
Ambos	2.48	2.59	4.50	4.15	-9.96	***

\*\*\* -  $p < .001$

Concluimos que as mulheres recorrem, em média, mais vezes aos médicos de família ( $M=2,72$ ,  $DP=2,8$ ) do que os homens ( $M=1,55$ ,  $DP=1,76$ ;  $t=-8,55$ ,  $p<0,001$ ). São também as mulheres que procuram, em média, mais vezes o médico especialista ( $M=1,78$ ,  $DP=2,67$ ) do que os homens ( $M=0,93$ ,  $DP=1,67$ ;  $t=-6,5$ ,  $p<0,001$ ), ou seja, aproximadamente o dobro das vezes, em média. Por fim, quando analisamos o número de visitas ao médico de família e especialista (recorreram a ambos), também aqui as mulheres apresentam uma média significativamente superior ( $M=4,5$ ,  $DP=4,15$ ) do que os homens ( $M=2,48$ ,  $DP=2,59$ ;  $t=-9,96$ ,  $p<0,001$ ). Estes resultados podem ser observados graficamente na Figura 8.

**Figura 8**

Diferenças de género nas visitas ao médico (por tipo de médico)



**Objectivo 5**

**Investigar em que medida o tipo de utilização de serviços de saúde está relacionado com o género**

Para atingir este objectivo utilizámos o teste do qui-quadrado com residuais ajustados (Tabela 28). Antes de aplicarmos este teste, verificámos quais os participantes que apenas tinham recorrido ao médico de família, os que procuraram somente o médico especialista e os que procuraram ambos os médicos pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores. Da amostra foram retirados 107 participantes que, neste período, nunca tinham recorrido a nenhum destes profissionais de saúde. Assim, os resultados desta análise referem-se a uma amostra de 1006 participantes, sendo 335 (33,3%) do sexo masculino e 671 (66,7%) do sexo feminino.

**Tabela 28**

Relação entre género e tipo de utilização de serviços de saúde (N=1006)

Tipo de serviço de saúde		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Médico de família	Frequência	170	274	444
	% no tipo de serviço de saúde	38,3%	61,7%	100%
	% no Sexo	50,7%	40,8%	44,1%
	% do Total	16,9%	27,2%	
Médico especialista	Frequência	66	97	163
	% no tipo de serviço de saúde	40,5%	59,5%	100%
	% no Sexo	19,7%	14,5%	16,2%
	% do Total	6,6%	9,6%	
Ambos	Frequência	99	300	399
	% no tipo de serviço de saúde	24,8%	75,2%	100%
	% no Sexo	29,6%	44,7%	39,7%
	% do Total	9,8%	29,9%	

Depois de certificarmos-nos que os pressupostos do qui-quadrado não tinham sido violados concluímos que a utilização dos diferentes tipos de serviços de saúde, isto é, do médico de família, do médico especialista ou de ambos, está relacionado com o género ( $\chi^2 = 21,71$ ,  $p < 0,001$ ). Através dos residuais ajustados verificamos que a distribuição da utilização de serviços de saúde é significativamente diferente entre o sexo masculino e o feminino.

Ao observarmos a Tabela 28, verificamos que cerca de metade dos homens (50,7%) recorre apenas ao médico de família, enquanto que as mulheres “dividem-se”, essencialmente, entre a procura do médico de família (40,8%) e de ambos os tipos de médico (44,7%). Concluímos, também, que homens e mulheres procuram com menor frequência apenas o médico especialista (19,7% e 14,5% respectivamente).

### **Objectivo 6**

**Investigar em que medida a utilização de diferentes tipos de cuidados médicos, por homens e mulheres, está relacionada com o seu nível de queixas subjectivas de saúde específicas**

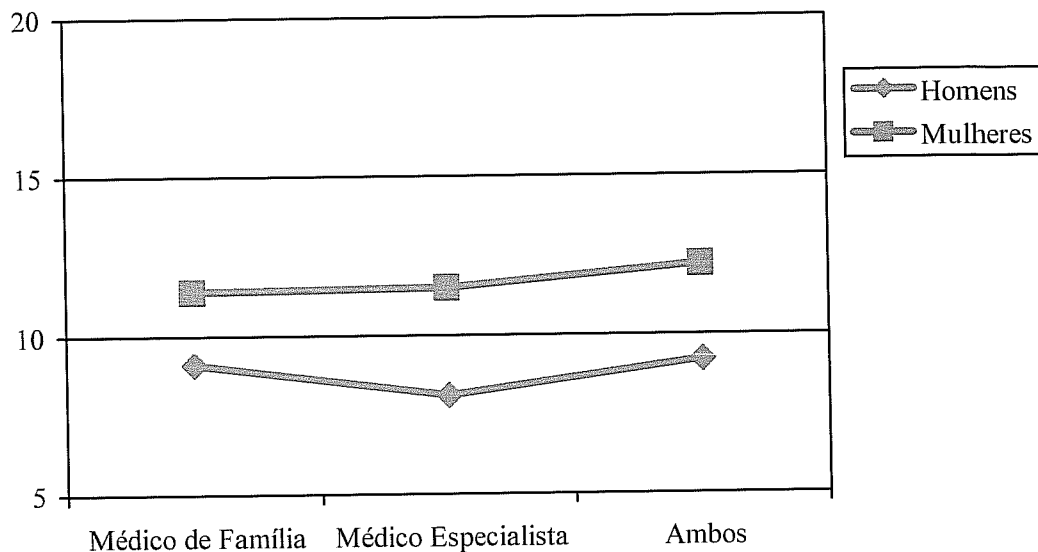
Para atingirmos este objectivo tivemos de recorrer a uma análise de covariância (two-way ANCOVA). À semelhança do objectivo anterior os resultados desta análise referem-se a uma amostra de 1006 participantes divididos em três grupos: os que apenas tinham recorrido ao médico de família, os que procuraram somente o médico especialista e os que procuraram ambos os tipos de médicos.

Nesta análise, as variáveis independentes são o género e o tipo de cuidados médicos (médico de família, médico especialista ou ambos). As variáveis dependentes são as dimensões das queixas subjectivas de saúde onde verificámos diferenças de género, ou sejam, as queixas pseudoneurológicas, dores músculo-esqueléticas e alergia. O valor total da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde foi usado como variável concomitante (Pestana & Gageiro, 2003).

Após se ter controlado o efeito das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, quando temos as queixas de pseudoneurologia como variável dependente, verificámos que há um efeito de género ( $F=119,37$ ,  $p<0,001$ ) e do tipo de cuidados médicos utilizados ( $F=3,83$ ,  $p<0,05$ ). A interacção destas duas variáveis não produziu qualquer efeito ( $F=0,91$ ,  $p=0,41$ ). Estes resultados podem ser observados na Figura 9.

**Figura 9**

Níveis de queixas pseudoneurológicas em homens e mulheres que procuram diferentes tipos de cuidados médicos (a dimensão pseudoneurologia varia entre 5 e 20)



As médias “não-ajustadas” e “ajustadas”, apresentadas na Tabela 29, revelam que com as queixas pseudoneurológicas mais elevadas, homens e mulheres recorrem a ambos os tipos de cuidados de saúde – médico de família e especialista e com as queixas pseudoneurológicas mais ligeiras, ambos os sexos recorrem ao médico especialista. Verificamos também que os homens procuram os diferentes cuidados de saúde com um nível “inferior” de queixas pseudoneurológicas do que as mulheres.

**Tabela 29**

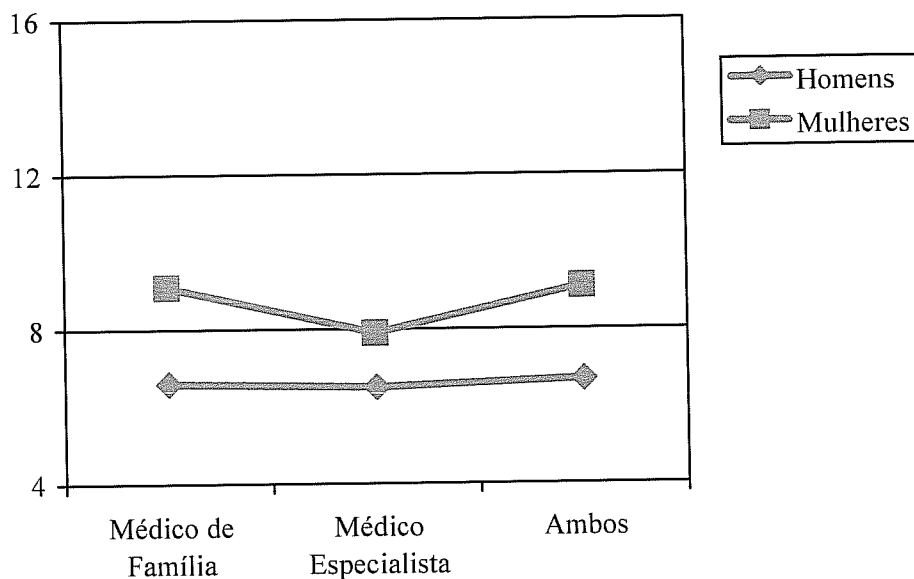
Médias “ajustadas” e “não-ajustadas” das queixas pseudoneurológicas por sexo e tipo de cuidados médicos utilizados (N=1006)

Sexo	Tipo de cuidados médicos utilizados	Média não-ajustada	D.P.	Média ajustada	E.P.	N
Masculino	Médico de família	9,06	3,05	9,10	0,26	166
	Médico especialista	8,18	2,72	8,29	0,42	66
	Ambos	9,28	3,08	9,35	0,34	99
Feminino	Médico de família	11,44	3,50	11,42	0,21	271
	Médico especialista	11,46	3,56	11,41	0,34	97
	Ambos	12,17	3,66	12,13	0,20	299

Quando analisamos a variável dependente dores músculo-esqueléticas, encontramos um efeito de género ( $F=59,69$ ,  $p<0,001$ ), mas não existe um efeito do tipo de cuidados médicos utilizados ( $F=2,58$ ,  $p=0,08$ ), nem da interação daquelas duas variáveis ( $F=2,25$ ,  $p=0,11$ ). Estes resultados poderão ser observados na Figura 10.

**Figura 10**

Níveis de queixas de dores músculo-esqueléticas em homens e mulheres que procuram diferentes tipos de cuidados médicos (a dimensão dores músculo-esqueléticas varia entre 4 e 16)



As médias “não-ajustadas” e “ajustadas”, apresentadas na Tabela 30, revelam que, nos homens, com as dores músculo-esqueléticas mais elevadas, estes recorrem a ambos os tipos de cuidados de saúde – médico de família e especialista, enquanto que as mulheres, com o nível mais elevado de dores, recorrem ao médico de família.

Verificamos ainda que, também neste caso, os homens recorrem aos diferentes tipos de médicos com níveis “inferiores” de queixas.

**Tabela 30**

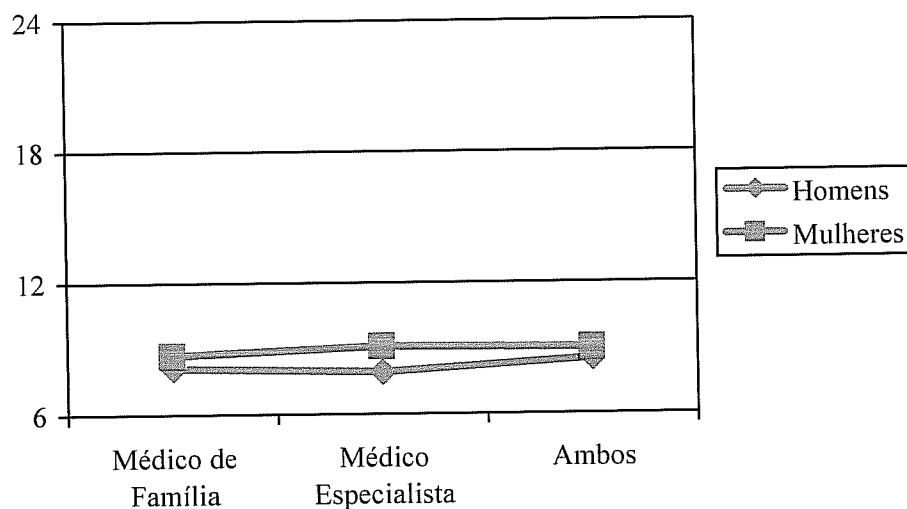
Médias “ajustadas” e “não-ajustadas” das queixas de dores músculo-esqueléticas por sexo e tipo de cuidados médicos utilizados (N=1006)

Sexo	Tipo de cuidados médicos utilizados	Média não-ajustada	D.P.	Média ajustada	E.P.	N
Masculino	Médico de família	6,58	2,74	6,62	0,26	167
	Médico especialista	6,54	2,80	6,68	0,41	66
	Ambos	6,81	2,89	6,90	0,34	99
Feminino	Médico de família	9,11	3,55	9,09	0,20	270
	Médico especialista	7,89	3,44	7,82	0,34	97
	Ambos	9,10	3,75	9,06	0,19	299

O mesmo sucede quando temos como variável dependente as queixas de alergia. Verificamos que há um efeito de género ( $F=10,35$ ,  $p<0,001$ ), mas não existe um efeito do tipo de cuidados médicos utilizados ( $F=1,26$ ,  $p=0,28$ ), nem da interacção daquelas duas variáveis ( $F=0,58$ ,  $p=0,56$ ). Estes resultados poderão ser observados na Figura 11.

**Figura 11**

Níveis de queixas de alergia em homens e mulheres que procuram diferentes tipos de cuidados médicos (a dimensão alergia varia entre 6 e 24)



As médias “não-ajustadas” e “ajustadas”, apresentadas na Tabela 31, revelam que, enquanto os homens, com as queixas de alergia mais elevadas, recorrem a ambos os tipos de cuidados de saúde – médico de família e especialista, as mulheres, com o nível de queixas de alergia mais elevado, recorrem ao médico especialista.

Neste caso, a procura de cuidados médicos com níveis “inferiores” de queixas de alergia por parte do sexo masculino, só se verifica para a utilização do médico especialista.

**Tabela 31**

Médias “ajustadas” e “não-ajustadas” das queixas de alergia por sexo e tipo de cuidados médicos utilizados (N=1006)

Sexo	Tipo de cuidados médicos utilizados	Média não-ajustada	D.P.	Média ajustada	E.P.	N
Masculino	Médico de família	8,08	2,64	8,11	0,23	166
	Médico especialista	8,02	2,51	8,08	0,36	66
	Ambos	8,52	2,67	8,56	0,29	99
Feminino	Médico de família	8,74	2,91	8,73	0,18	270
	Médico especialista	9,16	3,26	9,13	0,30	97
	Ambos	9,00	3,16	8,98	0,17	298

## **4. DISCUSSÃO**

Neste estudo tínhamos como objectivos gerais (1) a caracterização das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e das queixas subjectivas de saúde, averiguando as suas diferenças entre homens e mulheres; (2) investigar a influência da afectividade negativa e da percepção individual de saúde nas queixas somáticas; (3) investigar em que medida o tipo de utilização de serviços de saúde é dependente do género; e (4) investigar em que medida a utilização de diferentes tipos de cuidados médicos, por homens e mulheres, está relacionada com o seu nível de queixas subjectivas de saúde específicas.

Por se tratarem de temas ainda pouco explorados e pouco estudados em Portugal, tivemos, numa primeira fase, de proceder à tradução e adaptação experimental das escalas de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e de queixas subjectivas de saúde.

Na análise confirmatória de componentes principais identificámos os mesmos quatro factores da escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde: intervenções tóxicas, alimentos contaminados, poluição ambiental e radiação. A estrutura subjacente desta escala é similar entre Portugal e Nova Zelândia, embora a estrutura de alguns factores seja diferente (Petrie et al., 2001). Estas diferenças podem estar relacionadas com diferenças culturais entre estes dois países na maneira como os indivíduos interpretam a informação relacionada com a modernidade e a saúde, na percepção de vulnerabilidade à doença e nas preocupações sobre os riscos para a saúde das características da vida moderna. A estas hipóteses acrescenta-se a da evidência que a informação dada pelos *media* pode realçar ameaças para a saúde de acordo com o contexto cultural que, no período de recolha da amostra, podem ter sido relevantes para os indivíduos.

No entanto, os resultados sugerem que a escala de preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde é uma medida com muito boa consistência interna, fidelidade teste – re-teste, sensibilidade, validade concorrente e factorial, que pode ser usada em futuros estudos que visem explorar o papel das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde. É provável que estas preocupações variem entre diferentes regiões do país e esta escala pode ser útil para investigar essas diferenças. Pode também ser útil para examinar a variação das preocupações sobre os efeitos da modernidade entre diferentes doenças psicossomáticas (Petrie et al., 2001), e de que forma essas

preocupações influenciam as queixas subjectivas de saúde e a procura de cuidados médicos.

Também 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. Verificamos 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 dissimilaridades 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 as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde. Verificámos que os aspectos que mais preocupam os indivíduos são a água potável contaminada e a destruição da camada de ozono, enquanto que o que menos os preocupa são os telemóveis e as luzes fluorescentes. É curioso verificar que este padrão é muito semelhante àquele encontrado por Petrie e cols. (2001). No entanto, quando analisamos qual o grupo de preocupações mais relevante para os indivíduos, verificamos que, enquanto a poluição ambiental é a dimensão que mais preocupa os indivíduos na Nova Zelândia, os portugueses preocupam-se mais com os efeitos dos

alimentos contaminados na saúde, e só em segundo lugar surgem as preocupações com a poluição ambiental.

Verificámos que, na população portuguesa, as diferenças entre as dimensões das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde são significativas. Este resultado pode ser, em parte, explicado pelas notícias sobre a BSE e sobre as hormonas e antibióticos nos alimentos que, frequentemente, eram apresentadas nos *media* antes e durante o período de recolha da amostra.

Também em Portugal as preocupações sobre os efeitos da radiação na saúde são as que apresentam níveis mais baixos, sendo significativamente inferiores aos outros grupos. Apesar de, regularmente, surgir nova informação sobre os efeitos da utilização do telemóvel ou os riscos das suas antenas, parece não existir uma percepção do perigo daqueles elementos. Este aspecto leva-nos a questionar se haverá uma minimização dos perigos em favor da comodidade da sua utilização, o que poderá vir a ter implicações para a saúde a longo prazo.

Caracterizámos as queixas subjectivas de saúde nesta amostra da população portuguesa. Os resultados revelaram que as queixas pseudoneurológicas – 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. As queixas subjectivas de saúde devem, também, ser examinadas cuidadosamente para despistar a possibilidade de serem manifestações precoces de patologia orgânica.

Através da literatura, era já conhecida a relação entre a afectividade negativa e as queixas subjectivas de saúde (Kirmayer et al., 1994; Vassend, 1989; Vassend & Skrondal, 1999; Watson & Pennebaker, 1989) e a associação entre estas queixas e as preocupações sobre a modernidade (Petrie et al., 2001). De facto, a relação entre as queixas subjectivas de saúde e a afectividade negativa é um resultado consistente na literatura, pelo que os nossos resultados vêm reforçar esta evidência.

Estudos anteriores revelaram que o humor negativo era o mais importante preditor da apresentação de queixas somáticas (Gijssbers van Wijk et al., 1999). No presente estudo, a afectividade negativa era o principal preditor das queixas subjectivas de saúde, em particular de queixas pseudoneurológicas como o cansaço, dores de cabeça e problemas de sono. Este resultado parece-nos importante, na medida em que explorar a afectividade negativa quando se elabora a história clínica, pode ter relevância no processo de diagnóstico médico e ter implicações no tratamento a indicar. No entanto, não é claro que a afectividade negativa seja a “causa” das queixas subjectivas de saúde ou se, quer a afectividade negativa, quer as queixas de sintomas devam ser explicadas por outras variáveis, não exploradas neste estudo.

Uma das explicações para a relação entre a afectividade negativa e as queixas subjectivas de saúde é avançada por Watson e Pennebaker (1989) que defendem que os indivíduos com afectividade negativa elevada têm maior probabilidade de detectar, reagir, e/ou queixar-se de ligeiros problemas físicos ou sensações internas. Uma outra hipótese é a do aumento da atenção selectiva. Uns defendem que uma atenção selectiva aumentada a sinais corporais pode amplificar a percepção de sinais nociceptivos (van Wijk & Kolk, 1997). Todavia, outros verificaram que a afectividade negativa não influencia a atenção selectiva (Kolk et al., 2002). Futuros estudos nesta área deverão procurar esclarecer esta questão.

Outro dos preditores das queixas subjectivas de saúde é a percepção individual de saúde. Como se esperava, a percepção individual de saúde está associada com as queixas subjectivas de saúde. Tal como outros (Espinàs et al., 1995; Ladwig et al., 2000), verificámos que uma pior auto-avaliação de saúde estava significativamente relacionada com elevadas queixas de sintomas. No entanto, desconhecia-se o valor preditivo da percepção individual de saúde para as queixas somáticas. É interessante observar que juntas, a afectividade negativa e a percepção individual de saúde, explicam

entre 8 e 25% do total da variância, pelo que pensamos que estas medidas devem ser incluídas em futuros estudos que investiguem as queixas subjectivas e os comportamentos de saúde em geral.

Neste estudo encontrámos uma relação positiva entre a afectividade negativa e as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde. Verificou-se, também, a existência de uma relação positiva entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde. No entanto, uma vez que a afectividade negativa estava relacionada positivamente com a escala de preocupações acerca dos efeitos da modernidade na saúde, e a afectividade negativa tem estado consistentemente associada a queixas de sintomas – tal como aqui também observámos – as análises entre as preocupações sobre a modernidade e as queixas subjectivas de saúde foram controladas para a afectividade negativa. Com a utilização de correlações parciais, concluímos que, mesmo controlando o efeito da afectividade negativa, algumas queixas subjectivas de saúde se mantinham associadas com as preocupações sobre os efeitos da modernidade. Uma explicação possível prende-se com o facto de as preocupações sobre a modernidade poderem alterar a forma como os indivíduos interpretam as sensações somáticas procurando, de uma forma sistemática, queixas físicas consistentes. Destacam-se as correlações entre as queixas pseudoneurológicas e músculo-esqueléticas e as dimensões das preocupações com a modernidade. Este resultado parece-nos interessante, uma vez que este tipo de queixas está, de alguma forma, mais associado ao cansaço, ao stresse, ou seja, aos ritmos e estilos da vida moderna. Por outro lado, verificamos que queixas de problemas gastrointestinais, gripe e alergia não se correlacionam ou apresentam correlações muito baixas com as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, o que não deixa de ser compreensível, uma vez que se tratam de problemas mais comuns na população.

Verificamos também que o padrão de correlação entre as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde difere entre homens e mulheres, apresentando estas um maior número de dimensões correlacionadas entre si. Apesar de significativas, estas correlações não são elevadas. Todavia, este resultado sugere que as mulheres poderão atribuir mais sintomas aos efeitos da modernidade na saúde. Consideramos, no entanto, que são necessários futuros estudos para verificar esta relação e aprofundar um conceito recente que emerge.

Também a percepção individual de saúde se apresenta relacionada com as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde. Estes resultados são indicadores de que estas preocupações podem influenciar a forma como os indivíduos percebem a sua saúde individual. Esta associação sugere que se trata de uma área legítima para os investigadores em psicologia da saúde à qual deveria ser dada mais atenção. Assim, a inclusão desta escala em futuros estudos pode fornecer informação importante na predição de resultados relacionados com a saúde em geral.

Outro resultado que se encontra de acordo com as nossas expectativas é a associação negativa entre a percepção individual de saúde e a afectividade negativa. Embora em estudos anteriores não se tenha verificado a influência da afectividade negativa na avaliação a longo prazo do estado de saúde (Watson & Pennebaker, 1989), Vassend descreveu um resultado semelhante ao por nós encontrado (Vassend cit. por Vassend & Skrondal, 1999). Uma vez verificadas as correlações, investigámos o valor preditivo da afectividade negativa e da percepção individual de saúde para as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde. Os resultados indicam que aquelas variáveis não são preditoras das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde. Este resultado sugere que estas preocupações surgem como um conceito isolado que, até ao momento, não se encontra ligado a outros, nomeadamente aos neste estudo abordados.

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 & Skrondal, 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

expressar 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 et al., 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).

Se as queixas subjectivas de saúde são mais frequentes no sexo feminino, e estas queixas estão associadas a preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, uma das questões que interessava ver respondida era em que medida existiam diferenças de género neste tipo de preocupações. De facto, no presente estudo, exceptuando na dimensão poluição ambiental, existem diferenças significativas de género em todas as dimensões das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, bem como nos valores da escala total.

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, embora a afectividade negativa também esteja relacionada com as queixas subjectivas de saúde, e este tipo de queixas diferir entre homens e mulheres, 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).

Enquanto alguns estudos indicam a existência de diferenças de género na percepção individual de saúde, onde as mulheres avaliam a sua saúde mais negativamente que os homens (Verbrugge, 1989), outros revelam que não existem estas diferenças (Kandrack et al., 1991). No sentido de darmos um contributo para o esclarecimento desta questão, procurámos saber em que medida existiam diferenças na percepção individual de saúde entre homens e mulheres. Os resultados indicam que as mulheres avaliam a sua saúde como sendo pior do que os homens. Se as mulheres apresentam maior nível de queixas de sintomas e revelam-se significativamente mais preocupadas sobre os efeitos da modernidade na saúde, é compreensível que apresentem uma percepção individual de saúde mais negativa. No entanto, parece-nos importante aprofundar o papel desta medida em futuros estudos, no sentido de clarificar este resultado.

Procurámos investigar 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 et al., 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, e encaminham-nos para uma questão: em que medida o tipo de utilização de serviços de saúde está relacionado com o género? Verificámos que, enquanto cerca de metade dos homens recorre apenas ao médico de família, as mulheres “dividem-se”, essencialmente, entre a procura do médico de família e de ambos os tipos de médico. 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.

Como vimos, as mulheres apresentam mais queixas pseudoneurológicas, de dores músculo-esqueléticas e de alergia do que os homens. Além disso, elas recorrem, em média, mais vezes ao médico, independentemente de ser o médico de família, o médico especialista ou ambos os tipos de médico.

Neste contexto, considerámos importante investigar em que medida a utilização de diferentes tipos de cuidados médicos, por homens e mulheres, estaria relacionada com o seu nível de queixas subjectivas de saúde específicas. Para controlar o efeito estatístico das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, utilizámos o valor do total daquela escala como variável concomitante.

Verificámos que, embora o padrão de procura dos tipos de médico divergisse entre as diferentes queixas subjectivas de saúde, havia algumas semelhanças nas questões relacionadas com o género. Estas semelhanças traduzem-se numa procura, pelos homens, dos diferentes cuidados de saúde com um nível inferior de queixas do que as mulheres.

Este resultado parece-nos interessante na medida que, se por um lado as mulheres apresentam mais queixas subjectivas de saúde, por outro “suportam” melhor essas queixas e revelam ter um limiar superior para a procura de cuidados médicos do que os homens. Esta procura dos cuidados médicos com uma intensidade menor de queixas pode, também, ter implicações e custos para a saúde, assim como para o bem-estar psicológico, tornando esta uma área de intervenção da psicologia da saúde. Como se sabe, o bem-estar está interrelacionado com a qualidade de vida (Ribeiro, 1998). Este autor tem defendido uma relação entre estes conceitos, onde a qualidade de vida é o objectivo, e a saúde o objecto de intervenção (Ribeiro, 1994). Neste sentido, intervindo sobre a saúde melhora-se a qualidade de vida.

É importante ter em conta que como se trata de um estudo transversal, não poderemos tirar conclusões definitivas sobre a influência das preocupações sobre os efeitos da modernidade nas queixas subjectivas e na percepção de saúde. Existe a possibilidade de os factores ambientais poderem ser responsáveis por alterações na saúde nesta amostra. Uma outra possibilidade relaciona-se com o facto de pessoas com elevadas preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde poderem atribuir erradamente alguns problemas comuns de saúde a factores ambientais.

Por outro lado, a utilização dos serviços de saúde foi avaliada de forma retrospectiva, 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. No entanto, os resultados são consistentes no que diz respeito à forma como o tipo de queixas pode influenciar a percepção da necessidade de recorrer aos cuidados médicos.

Apesar das limitações referidas, 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 duas novas medidas: uma que permite explorar o papel das preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde, e outra que permite caracterizar as queixas subjectivas de saúde e que contribui para identificar o bem-estar na população portuguesa. 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.

É também razoável propor que as preocupações sobre os efeitos da modernidade na saúde podem alterar a forma como os indivíduos interpretam a informação somática procurando rótulos consistentes com as queixas físicas, e que podem ser um factor importante na alteração do sistema de crenças individuais, nomeadamente no que se refere às atribuições causais, o que pode por sua vez influenciar o leque de comportamentos relacionados com a saúde.

Abordámos, neste estudo, um novo tópico que poderá ter implicações para a saúde, a médio e longo prazo, quer do ponto de vista físico, quer psicológico. Julgamos ser um contributo importante para caracterizar o contexto português e fornecer indicadores sobre os comportamentos relacionados com a saúde na população portuguesa, debruçando as diferenças entre homens e mulheres, no que se refere a esta temática. Além disso, o presente estudo salienta a emergência de novos temas relacionados com a saúde que parecem 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 da forma como novos conceitos sobre a saúde poderão influenciar o bem-estar físico e psicológico.

## **5. REFERÊNCIAS**

- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- 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.
- Bergh, H., & Marklund, B. (2003). Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(3), 171-177.
- Berkley, K. J. (1997). Sex differences in pain. *The Behavioral and Brain Sciences*, 20(3), 371-380.
- Bosworth, H. B., Butterfield, M. I., Stechuchak, K. M., & Bastian, L. A. (2000). The relationship between self-rated health and health care service use among women veterans in a primary care clinic. *Womens Health Issues*, 10(5), 278-285.
- Broadbent, E., Hysing, M., Sivertsen, B., & Petrie, K. J. (2000). Development of the Modern Health Worries Scale. In P. a. I. P. a. M. I. Conference (Ed.). Auckland, N.Z.
- Burnum, J. F. (1978). The worried sick. *Annals of Internal Medicine*, 88(4), 572.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds.). (2001). *Predicting health behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- 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.
- Derbyshire, S. W. G. (1997). Sources of variation in assessing male and female responses to pain. *New Ideas in Psychology*, 15, 83-95.

- 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.
- Espinàs, J. A., Riba, M. D., Borràs, J. M., & Sanchez, V. (1995). Estado de salud, utilización de servicios sanitarios y morbilidad declarada: Aplicación del análisis de correspondencias. *Revista Espanola de Salud Publica, 69*(2), 195-206.
- Ezzati, M., & Lopez, A. D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet, 362*(9387), 847-852.
- Faul, F., & Erdfelder, E. (1992). G-Power: A priori, post-hoc, and compromise power analyses for MS-DOS [Computer program] (Version 2.0). Bonn, FRG: Bonn University, Dep. of Psychology.
- Fearon, I., McGrath, P. J., & Achat, H. (1996). 'Booboos': the study of everyday pain among young children. *Pain, 68*(1), 55-62.
- Fiedler, N., Kipen, H. M., DeLuca, J., Kelly-McNeil, K., & Natelson, B. (1996). A controlled comparison of multiple chemical sensitivities and chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine, 58*(1), 38-49.
- Frost, K., Frank, E., & Maibach, E. (1997). Relative risk in the news media: a quantification of misrepresentation. *American Journal of Public Health, 87*(5), 842-845.
- Garfield, S. R. (1970). The delivery of medical care. *Scientific American, 222*(4), 15-23.
- Gijsbers van Wijk, C. M., Huisman, H., & Kolk, A. M. (1999). Gender differences in physical symptoms and illness behavior. A health diary study. *Social Science & Medicine, 49*(8), 1061-1074.
- Gijsbers 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.
- Jyväsjarvi, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Väisänen, E., Larivaara, P., & Kivelä, S. L. (1998). Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 16(3), 141-148.
- Kandrack, M. A., Grant, K. R., & Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Social Science & Medicine*, 32(5), 579-590.
- 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., & 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., & 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.
- Luginaah, I. N., Taylor, S. M., Elliott, S. J., & Eyles, J. D. (2002). Community reappraisal of the perceived health effects of a petroleum refinery. *Social Science & Medicine*, 55(1), 47-61.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology*, 137(3), 369-373.
- MacGregor, D. G., & Fleming, R. (1996). Risk perception and symptom reporting. *Risk Analysis*, 16(6), 773-783.
- 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.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística - Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Moss-Morris, R. (1997). The role of illness cognitions and coping in the aetiology and maintenance of the Chronic Fatigue Syndrome (CFS). In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: current research and applications* (pp. 411-439). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Neutra, R., Lipscomb, J., Satin, K., & Shusterman, D. (1991). Hypotheses to explain the higher symptom rates observed around hazardous waste sites. *Environmental Health Perspectives*, 94, 31-38.
- 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.
- Pallant, J. (2001). *SPSS - Survival manual*. Buckingham: Open University Press.
- 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.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C., Jr., & Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 52(1), 12-21.
- 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.
- Petrie, K. J., & Wessely, S. (2002). Modern worries, new technology, and medicine. *British Medical Journal*, 324(7339), 690-691.
- 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.
- Ren, A., Okubo, T., & Takahashi, K. (1995). Health status, health habits, utilization behaviour and health care utilization in an actively employed Japanese population. *Occupational Medicine (London)*, 45(4), 186-192.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12(2-3), 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.

- 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.
- Roht, L., Vernon, S., Weir, F., Pier, S., Sullivan, P., & Reed, L. (1985). Community exposure to hazardous waste disposal sites: assessing reporting bias. *American Journal of Epidemiology, 122*(3), 418-433.
- Schechter, N. L., Bernstein, B. A., Beck, A., & Hart, L. (1991). Individual differences in children's response to pain: role of temperament and parental characteristics. *Pediatrics, 83*, 171-177.
- 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.
- 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.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Trump, D. H., Brady, J., & Olsen, C. H. (2004). Self-rated health and subsequent health care use among military personnel returning from international deployments. *Military Medicine, 169*(2), 128-133.
- 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., & Skrandal, 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. (1980). Sex differences in complaints and diagnoses. *Journal of Behavioral Medicine, 3*(4), 327-355.
- 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.
- Warner, C. D. (1995). Somatic awareness and coronary artery disease in women with chest pain. *Heart & Lung, 24*(6), 436-443.
- 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.
- Waxman, R., Tennant, A., & Helliwell, P. (1998). Community survey of factors associated with consultation for low back pain. *British Medical Journal, 317*(7172), 1564-1567.
- Wessely, S. (1997). Chronic fatigue syndrome: a 20th century illness? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 23 Suppl 3*, 17-34.

## **6. ANEXOS**

**ANEXO A**  
**QUESTIONÁRIO**

Estamos a realizar uma sondagem sobre saúde. Esta sondagem procura compreender melhor as opiniões das pessoas sobre a modernidade e a forma como ela pode afectar a saúde. Todas as respostas são anónimas e estritamente confidenciais.

Para estas questões não há respostas certas nem erradas; é a sua opinião que é importante. Por favor tente responder a todas as questões, seguindo as instruções no topo de cada secção deste questionário.

**Muito obrigado pela sua colaboração.**

Indique a sua idade:

Idade	
-------	--

Indique o seu sexo com uma cruz (X):

Sexo	Masculino	
	Feminino	

Indique o seu estado civil com uma cruz (X):

Solteiro(a)	
Casado(a) / União de Facto	
Divorciado(a) / Separado(a)	
Viúvo(a)	

Qual dos seguintes profissionais de saúde consulta mais frequentemente? Assinale com uma cruz (X):

Principalmente o Médico de Família	
Principalmente o Médico Especialista	

Até que nível completou a sua educação?

1. 4.º ano de escolaridade (antiga 4.ª classe)	
2. 6.º ano de escolaridade (antigo 2.º ano ou ciclo preparatório)	
3. 9.º ano de escolaridade (antigo 5.º ano)	
4. Ensino secundário complementar ou equivalente (antigo 7.º ano)	
5. Ensino médio (bacharelato)	
6. Ensino superior (licenciatura)	
7. Mestrado	
8. Doutoramento	

Qual é a sua situação profissional?

1. Empregado a tempo inteiro	
2. Empregado a tempo parcial	
3. Desempregado	
4. Reformado	
5. Estudante	
6. Doméstica(o)	
7. Pensionista	

Profissão: \_\_\_\_\_

Comparado(a) com pessoas com saúde excelente, como avalia a sua saúde neste momento? (Assinale uma):

Terrível	Muito má	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente

Assinale com um círculo o grau de importância que a saúde tem para a sua vida:

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Nada importante Extremamente importante

Fuma um ou mais cigarros por dia?

Sim	
Não	

Se Sim, responda ⇒

Quantos cigarros fuma num dia normal?

1 a 10 por dia	
11 a 20 por dia	
21 a 30 por dia	
31 ou mais por dia	

Faz exercício físico regularmente?

Sim	
Não	

Se Sim, responda ⇒

Quantas vezes faz exercício físico numa semana normal?

1 a 2 por semana	
3 a 4 por semana	
5 ou mais por semana	

Indique o:

Número de visitas ao <b>médico de família</b> nos últimos 12 meses (para tratamento e/ou aconselhamento)	
Número de visitas ao <b>médico especialista</b> nos últimos 12 meses (para tratamento e/ou aconselhamento)	

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

<b>Problemas de Saúde</b>	<b>Nenhuma vez</b>	<b>Quase nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>
Constipação				
Tosse				
Dores de ombros				
Dores de pescoço				
Dores de costas				
Dores nos braços				
Dor de cabeça				
Dores nas pernas durante actividade a física				
Enxaqueca				
Problemas do sono				
Cansaço				
Taquicárdia ou arritmia				
Tonturas				
Indisposição do estômago				
Azia				
Dores de estômago				
Gases				
Diarreia				
Obstipação				
Eczema				
Dores no peito				
Olhos inflamados				
Visão turva ou dupla visão				
Dores de ouvidos				
Respiração ruidosa (farfalheira)				
Dificuldades de concentração				
Garganta irritada / rouquidão				
Comichão no nariz				

Nos dias de hoje muitas pessoas preocupam-se com os efeitos que os diferentes aspectos da vida moderna podem ter na saúde. Por favor classifique o quanto está preocupado(a) com o efeito que os seguintes factores podem ter na sua **saúde individual**:

	Não me preocupa	Preocupa-me pouco	Preocupa-me	Preocupa-me muito	Preocupa-me extremamente
Telemóveis					
Antenas de rádio e de telemóveis					
Cabos eléctricos de alta tensão					
Radiação nuclear					
Poluição do ar					
Poluição sonora					
Destruição da camada de ozono					
Fumo dos tubos de escape					
Outros tipos de poluição ambiental					
Pesticidas em spray					
Fraca ventilação dos edifícios					
Alimentos geneticamente modificados					
Aditivos nos alimentos					
Pesticidas nos alimentos					
Antibióticos nos alimentos					
Hormonas nos alimentos					
Doença das vacas loucas (BSE)					
Água potável contaminada					
Flúor na água					
Programas de vacinação					
Uso excessivo de antibióticos					
Químicos tóxicos nos produtos de uso doméstico					
Fugas em fornos de microondas					
Bactérias nos sistemas de ar condicionado					
Bactérias resistentes aos medicamentos					
Obturações dentárias com amálgama					
O stress da vida moderna					
Raios-X (incluindo os dentários)					
Exposição a monitores de computadores ou écrans de vídeo					

	Não me preocupa	Preocupa-me pouco	Preocupa-me	Preocupa-me muito	Preocupa-me extremamente
Insecticidas ou repelentes domésticos em spray					
Luzes fluorescentes					
Bio-terrorismo (ex.: antrax, envenenamento)					

Estas questões consistem numa série de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois assinale a resposta apropriada para o seu caso. Indique como se sente GERALMENTE, isto é, como se sente *em média*.

	Nada ou quase nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
Angustiado					
Culpado					
Nervoso					
Assustado					
Chateado					
Hostil					
Agitado					
Irritável					
Envergonhado					
Receoso					

Muito obrigado pela sua colaboração neste projecto!

**ANEXO B**  
**OUTRAS TABELAS**

Tabela de correlações de Pearson entre as preocupações com a modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde (N=1113)

	Intervenções tóxicas	Alimentos contaminados	Poluição ambiental	Radiação	Escala total
Problemas gastrointestinais	.06*	.09**	.09**	n.s.	.09**
Gripe	.06*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Dores músculo- esqueléticas	.16***	.16***	.12***	.09**	.17***
Pseudoneurologia	.12***	.14***	.09**	.07*	.13***
Alergia	.11***	.07*	.07*	n.s.	.09**
Escala total	.15***	.14***	.11***	.06*	.15***

\*-  $p < .05$ ; \*\*-  $p < .01$ ; \*\*\*-  $p < .001$

Padrão de correlação de Pearson entre as preocupações acerca dos efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde – Homens (n=400)

	Intervenções tóxicas	Alimentos contaminados	Poluição ambiental	Radiação	Escala total
Problemas gastrointestinais					
Gripe	.10*				
Dores músculo- esqueléticas	.18***	.12*	.14**	.12*	.18***
Pseudoneurologia					
Alergia					
Escala total	.12*		.11*		.12*

\*- p<.05; \*\*- p<.01; \*\*\*- p<.001

Padrão de correlação de Pearson entre as preocupações acerca dos efeitos da modernidade na saúde e as queixas subjectivas de saúde – Mulheres (n=713)

	Intervenções tóxicas	Alimentos contaminados	Poluição ambiental	Radiação	Escala total
Problemas gastrointestinais		.11**	.11**		.09*
Gripe					
Dores músculo- esqueléticas	.10**	.11**	.11**		.12**
Pseudoneurologia	.11**	.11**	.09*		.11**
Alergia	.10**				.08*
Escala total	.11**	.11**	.11**		.12***

\*- p<.05; \*\*- p<.01; \*\*\*- p<.001