

## Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para Identificação de Grupo Clínico e Predição de Risco de Suicídio

### The use of Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) for Clinical Group Identification and Suicide Risk Prediction

### Uso del Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para la Identificación del Grupo Clínico y la Predicción del Riesgo de Suicídio

*Liége Barbieri Silveira<sup>1</sup>*

*Chrystian da Rosa Kroeff*

*Marco Antônio Pereira Teixeira*

*Denise Ruschel Bandeira*

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*

#### Resumo

O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) é uma escala de rastreio utilizada em serviços de atenção básica para avaliar indicadores de transtornos mentais comuns (TMC). O objetivo deste trabalho foi investigar evidências de validade clínica do SRQ-20, comparando participantes clínicos e não clínicos e verificando sua capacidade em diferenciar grupos com transtornos psiquiátricos específicos, como também em prever risco de suicídio. Participaram do estudo 161 pessoas, 60% sendo de amostra clínica. Foram realizadas análises descritivas, correlações, ANOVAs, análises de regressão logística e curvas ROC. Os resultados apontaram grande tamanho de efeito na capacidade do instrumento em diferenciar grupo clínico e não clínico. Pacientes com transtornos de humor ou de ansiedade não diferiram dos psicóticos em relação à quantidade de sintomas apresentados. Transtornos de personalidade apresentaram escores significativamente maiores que os demais grupos. O SRQ-20 mostrou-se também bom preditor do risco de suicídio. A escala demonstrou ser uma ferramenta útil, principalmente na avaliação breve de TMC e possíveis sinais de risco.

**Palavras-chave:** inquéritos e questionários, transtornos mentais, suicídio

#### Abstract

The Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) is a screening scale frequently used in basic care to assess indicators of common mental disorders (CMD). The objective of this study was to investigate evidence of clinical validity of the SRQ-20, comparing clinical and non-clinical participants, and verifying its capacity to differentiate groups with specific psychiatric disorders, as well as to predict suicide risk. The study had 161 participants, of which 60% composed a clinical sample. Descriptive analyzes, correlations, ANOVAs, logistic regression analysis and ROC curves were performed. Results showed a large effect size to SRQ-20 in differentiate clinical and nonclinical groups. Patients with mood or anxiety disorders did not differ from psychotics in relation to the number of common mental symptoms presented. Personality disorders presented significantly higher scores than other groups. SRQ-20 was also a good predictor of suicide risk. The scale has been shown to be a useful clinical tool, especially in brief evaluation of CMD and possible signs of risk.

**Keywords:** surveys and questionnaire, mental disorders, suicide

#### Resumen

El Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) es una escala de seguimiento utilizada en servicios de salud para evaluar indicadores de trastornos mentales comunes (TMC). El objetivo de este trabajo fue investigar evidencias de validez clínica del SRQ-20, comparando participantes clínicos y no clínicos y verificando su capacidad en diferenciar grupos con trastornos psiquiátricos específicos, como también en predecir riesgo de suicidio. Participaron del estudio 161 personas, 60% siendo de muestra clínica. Se realizaron análisis descriptivos, correlaciones, ANOVAs, análisis de regresión logística y curvas ROC. Los resultados apuntaron gran tamaño de efecto en la capacidad del instrumento en diferenciar grupo clínico y no clínico. Los pacientes con trastornos de humor o de ansiedad no diferían de los psicóticos en relación a la cantidad de síntomas mentales comunes presentados. Los trastornos de personalidad presentaron escores significativamente mayores que los demás grupos. El SRQ-20 se mostró también

<sup>1</sup> Endereço de contato: Rua Nelson Ehlers, 98, sala 23, Erechim, RS, CEP: 99700-398. Telefone: (54) 98432-7697. E-mail: [liegebsilveira@gmail.com](mailto:liegebsilveira@gmail.com)

buen predictor del riesgo de suicidio. La escala demostró ser una herramienta útil, principalmente en la evaluación breve de TMC y posibles señales de riesgo.

*Palabras clave:* encuestas y cuestionarios, trastornos mentales, suicidio

## Introdução

Realizar uma avaliação de qualidade que investigue importantes indicadores de um quadro clínico é uma exigência corriqueira para o profissional de saúde mental. Igualmente comum, a depender do contexto, é que o tempo disponível para tal atividade não permita maior aprofundamento no atendimento a um paciente ou a um usuário de serviço de saúde. Essa realidade exige habilidades do avaliador em uma análise breve e acurada de possíveis sintomas cuja presença possa apontar transtornos mentais ou risco de suicídio.

Estudos revisados por Bolsoni e Zuardi (2015) demonstraram ser comum que médicos mais generalistas falhem em detectar casos de transtornos mentais que chegam aos setores primários da saúde. Realidade semelhante foi observada por Paraventi, Cogo-Moreira, Paula, e Mari (2015). Diante desse cenário, os autores afirmam que, além do treinamento adequado para o rastreamento desses quadros clínicos, o uso de instrumentos de rastreio e de entrevistas estruturadas pode ajudar a amenizar esta dificuldade. Sendo assim, essas ferramentas precisam apresentar boas evidências de validade, além de se mostrarem confiáveis na discriminação de populações clínicas e não clínicas.

Após revisão sistemática que analisou quinze estudos psicométricos sobre escalas breves para a área da saúde mental, Bolsoni e Zuardi (2015) observaram que esses instrumentos podem ser muito úteis para triagem de pacientes com transtornos mentais, uma vez que vários deles demonstraram-se válidos e consistentes. O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi um dos mais investigados, demonstrando bons indicadores de confiabilidade e de validade.

O SRQ-20 é uma escala de rastreio com vinte itens dicotômicos com respostas de “sim” ou “não” – sendo que cada item soma um ponto no escore final. Foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar indicadores de transtornos mentais comuns (TMC), em especial em contextos de atenção primária (Santos, Araújo, & Oliveira, 2009). A escala investiga sintomas não psicóticos relacionados a insônia, fadiga, apetite, pensamento, humor e problemas somáticos, os quais consistem em manifestações dos TMC (Moraes, Silva, Oliveira, & Peres, 2017).

O SRQ-20 consiste em um instrumento largamente utilizado em vários países, sendo aplicado em diversas pesquisas em função de sua praticidade e objetividade (Netsereab et al., 2018; Youngmann, Zilber, Workneh, & Giel., 2008). Seu uso mais comum ocorre por meio de um ponto de corte, o qual direciona a decisão acerca do quadro de o respondente ser clínico ou não. Nos estudos brasileiros, os valores mais utilizados para o ponto de corte do instrumento variam entre os escores totais sete e oito, embora diferentes estudos apresentem certa variação de acordo com características da amostra e contexto de aplicação (Paraventi et al., 2015). Assim, o SRQ-20 tem se demonstrado útil tanto em pesquisas quanto na avaliação clínica, o que pode estar relacionado a suas qualidades psicométricas.

Uma revisão de literatura realizada no Brasil sobre instrumentos para avaliação de ansiedade (De-Sousa, Moreno, Gauer, Manfro, & Koller, 2013) encontrou evidências de validade de construto e discriminante para o SRQ-20, além de bons índices de consistência interna

– em especial para população idosa. Um estudo realizado na Etiópia para adaptação cultural do SRQ demonstrou que a escala foi sensível para discriminar casos clínicos e não clínicos (Youngmann et al., 2008). Os pesquisadores investigaram a escala com uma amostra de 356 adultos entre 18 e 55 anos e observaram validade preditiva para os resultados de outro instrumento, padrão-ouro de avaliação de sintomas psiquiátricos.

Santos, Carvalho, e Araújo (2016) apresentaram resultados de quatro estudos, sendo que cada um investigou uma população específica quanto ao grupo ocupacional. Foi analisada a consistência interna do SRQ-20 quando aplicado em trabalhadores informais, professores do ensino infantil e fundamental, profissionais da saúde e trabalhadores urbanos. Os resultados demonstraram índices de confiabilidade satisfatórios para os itens em todos os estudos ( $\alpha$  maior do que 0,80), indicando que o instrumento é consistente e seus itens são correlacionados. Por outro lado, os autores observaram diferenças importantes quando analisadas separadamente as dimensões da escala – a depender do grupo ocupacional, a confiabilidade das dimensões variou de resultados de 0,60 a 0,90 (Santos et al., 2016).

Estudos do SRQ-20 utilizando análises fatoriais sugerem que o instrumento poderia ser dividido por dimensões (Chen et al., 2009; Netsereab et al., 2018; Paraventi et al., 2015). Contudo, por apresentar variabilidade da estrutura fatorial da escala em diferentes pesquisas, existem questionamentos acerca da aplicabilidade do instrumento neste formato (Paraventi et al., 2015). Um modo de utilização do SRQ-20 por dimensões baseia-se nos achados descritos em Iacoponi e Mari (1989) e em Santos et al. (2009). Esses autores encontraram quatro fatores na escala, os quais consistem em: (a) humor depressivo/ansioso, (b) sintomas somáticos, (c) decréscimo de energia e (d) pensamentos depressivos.

A utilidade dessa estrutura fatorial foi investigada em um estudo recente realizado com 1.095 mulheres residentes de uma capital brasileira (Carmo et al., 2018). Esse trabalho buscou mapear a prevalência de transtornos mentais comuns nessa população, assim como estudar a abordagem alternativa de avaliação do SRQ-20 – isto é, utilizando as dimensões em detrimento do ponto de corte. Os autores observaram que os quatro fatores foram úteis em ceder informações mais específicas e acuradas sobre as participantes, com destaque para a dimensão de humor depressivo/ansioso, que melhor discriminou entre mulheres com alta ou baixa presença de sintomas clínicos.

Na mesma linha, estudos prévios demonstraram associações dos TMC com diversas características sociodemográficas, como apontam Moraes et al. (2017). Os mesmos autores encontraram relações entre a presença de sintomas avaliados pelo SRQ-20 e variáveis socioeconômicas, gênero, raça e nível educacional em estudo realizado com adultos na região sul do Brasil. Apesar disso, possíveis associações entre os fatores da escala e transtornos mentais específicos têm sido pouco exploradas. Também é escassa a literatura sobre a associação dos TMC medidos pela escala e situações de risco, como comportamentos e ideação suicida, por exemplo. A importância da detecção precoce destes quadros é evidente, considerando que atualmente o suicídio está entre as três principais causas de morte entre pessoas de 15 a 44 anos (World Health Organization, 2018), e que a existência de um transtorno mental se encontra presente na maioria dos casos de suicídio (Botega, 2014). O conhecimento de dados como esses poderia auxiliar momentos de triagem ou de avaliações iniciais breves, os quais necessitam de referências embasadas para o uso de ferramentas de avaliação, sobretudo no âmbito multidisciplinar de saúde.

Nesse sentido, tendo em vista que os estudos brasileiros em relação ao SRQ-20 têm explorado sua utilização com a população geral ou com amostras específicas, o presente estudo objetiva comparar a escala entre amostras clínica e não clínica e, assim, contribuir para a investigação da validade do instrumento. Busca-se também investigar a capacidade do SRQ-20 em diferenciar grupos clínicos específicos, além de pesquisar a aplicabilidade da escala para detectar a presença de risco para comportamentos suicidas, tanto em relação ao escore total do instrumento quanto para seus fatores.

### Método

O estudo teve delineamento quantitativo, com análise transversal e com propósito correlacional e preditivo. Foram feitas também comparações entre grupos (clínico x não clínico).

### Participantes

A amostra foi composta por 161 indivíduos, com idade entre 17 e 73 anos ( $M=33,74$ ,  $DP=12,69$ ). A maioria dos participantes era do sexo feminino (56%), branca (80%), com nível socioeconômico entre 1 e 5 salários mínimos (67%) e escolaridade de nível médio completo ou superior incompleto (54%). Além disso, 59% da amostra ( $n = 95$ ) foi composta por pacientes que estavam em tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico no momento de realização da pesquisa, constituindo o que se denominou “grupo clínico”. Estes pacientes foram recrutados em clínicas de atendimento, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), clínicas-escola de universidades e ambulatórios de saúde mental. A composição do grupo clínico foi de 64% do sexo feminino, sendo que 71% dos pacientes eram brancos, e 58% recebiam entre 1 e 5 salários mínimos. A idade média deste grupo foi de 35,41 ( $DP = 12,33$ ). Com relação à escolaridade, 49% dos pacientes tinha nível médio completo ou superior incompleto, e 23% superior completo.

Referente ao grupo não clínico, os participantes ( $n = 66$ ) eram estudantes da modalidade Ensino de Jovens e Adultos (EJA) e de cursos superiores de uma instituição pública de ensino, cuja idade média foi de 30,95, ( $DP = 11,67$ ). Além disso, 56% eram homens, sendo a maioria brancos (73%) e com renda média entre 1 e 5 salários mínimos (57%). Destes participantes, 60% apresentavam nível médio completo ou superior incompleto, e 15% tinham nível superior completo.

### Instrumentos

**Questionário sociodemográfico:** Questionário para caracterização da amostra, investigando dados clínicos (informações sobre classificação diagnóstica, tratamentos atuais e passados, uso de medicação, bebida e drogas, percepção sobre qualidade dos relacionamentos estabelecidos com familiares e amigos, entre outras questões) e sociodemográficos (sexo, idade, etnia, renda, local de residência, nível de escolaridade, entre outros).

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20; Harding et al., 1980): Trata-se de um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para rastreamento de transtornos mentais comuns em serviços de atenção primária. A versão brasileira do instrumento conta com 20

questões indicativas de transtornos não psicóticos. As alternativas de respostas são do tipo “sim” ou “não” e cada resposta positiva equivale a um ponto, podendo o escore total variar de 0 a 20 pontos. Índices satisfatórios de consistência interna ( $\alpha > 0,80$ ) têm sido reportados (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008; Santos, Araujo, & Oliveira, 2009; Santos, Carvalho, & Araujo, 2016). Para realizar as análises propostas por este estudo, optou-se por adotar a estrutura fatorial com solução de quatro fatores. O primeiro, denominado Humor Depressivo/Ansioso, é composto por itens como “Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?” e “Sente-se triste ultimamente?”. O fator Sintomas Somáticos tem itens como “Você tem dores de cabeça frequentemente?”. A dimensão Pensamentos Depressivos pode ser ilustrada pelo item “Sente-se inútil em sua vida?”. Por fim, o fator Decréscimo de Energia é composto por questões tais como “Você se cansa com facilidade?” (Iacoponi, & Mari, 1989; Santos, Araújo, & Oliveira, 2009).

Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al. 1998): Entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios dos transtornos descritos pelo DSM-IV e pela CID-10. O instrumento, que apresenta índices de confiabilidade satisfatórios (Amorim, 2000), é organizado por módulos diagnósticos independentes, sendo que se utilizou neste estudo apenas o módulo C “Risco de Suicídio”. Neste módulo, o sujeito responde a questões sobre pensamentos e ideação suicida, cuja pontuação varia dentro de um contínuum de gravidade. São exemplo de itens: “Durante o último mês, pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?” e “Já fez alguma tentativa de suicídio?”.

## Procedimentos

### Coleta de dados

A aplicação foi realizada de forma coletiva para os participantes da amostra não clínica, e de forma individual para a amostra clínica. Em ambos os grupos, o acesso aos participantes foi feito por conveniência, e a aplicação foi realizada por um dos pesquisadores deste estudo.

Para atingir um dos objetivos deste estudo, fazia-se necessário, em relação ao grupo clínico, conhecer se os pacientes tinham algum diagnóstico nosológico, e, em caso afirmativo, qual seria este diagnóstico. Para tanto, em grande parte dos casos, foram acessados os prontuários ou realizou-se contato com o profissional atendente. Em algumas situações esporádicas, no entanto, este contato não foi possível, sendo que então o próprio paciente informou seu diagnóstico.

### Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 18.0). Inicialmente, realizaram-se análises descritivas do SRQ-20 para amostra clínica e não clínica, e analisou-se também a diferença entre médias por meio de um teste *t*, e o tamanho de efeito desta diferença entre os dois grupos a partir do indicador *d* de Cohen. Observaram-se os índices de assimetria e curtose para os fatores do SRQ-20, os quais apontaram normalidade para a maior parte dos fatores, optando-se pela utilização de testes estatísticos paramétricos. A consistência interna das dimensões do instrumento foi analisada pelo método do *Alpha* de Cronbach.

Para verificar a capacidade dos fatores do SRQ-20 em discriminar diferentes diagnósticos psiquiátricos, foram realizadas análises de variância (ANOVA), com testes post-hoc de Tukey.

Realizaram-se também correlações entre os fatores do SRQ-20 com a variável “Risco de Suicídio”, obtida a partir do módulo “Risco de Suicídio” da escala MINI. Posteriormente, com base nesta variável, dividiu-se a amostra em dois grupos, denominados “com risco de suicídio” e “sem risco de suicídio”, por meio das pontuações definidas pela escala. Foi feita uma análise de regressão logística binária com método “enter” para verificar a razão de chances dos fatores do SRQ-20 na identificação do grupo com risco de suicídio.

Além disso, com objetivo de estabelecer normas a partir do estudo com amostra clínica, investigou-se o ponto de corte do SRQ-20 para a amostra total e, também, para os sexos feminino e masculino.

### Procedimentos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-PSICO), em concordância com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 510, de 7 de abril de 2016 (CAAE da Plataforma Brasil: 31610114.9.0000.5334). Todos os participantes do estudo aceitaram participar da pesquisa voluntariamente, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Resultados

Compararam-se as médias do SRQ-20 para o grupo clínico ( $M=9,93$ ,  $DP=5,32$ ) e não clínico ( $M=3,58$ ,  $DP=3,19$ ) por meio de um teste  $t$  e também pela estatística  $d$  de Cohen. Os resultados apontaram um  $t(160) = 15,77$  ( $p < 0,001$ ) e  $d=1,44$ , indicando uma diferença significativa e com tamanho de efeito grande ( $d \geq |0,80|$  – Cohen, 1988) entre estes dois grupos em relação à manifestação de sintomas mentais comuns.

### Manifestação de sintomas mentais comuns (SRQ-20) em relação à categoria diagnóstica

Para explorar aspectos clínicos do instrumento, dividiu-se a amostra total de acordo com o tipo de diagnóstico psiquiátrico, formando os seguintes grupos: sem diagnóstico ( $n=79$ ), transtornos de humor/ansiedade ( $n=43$ ), transtornos de personalidade ( $n=14$ ) e transtornos psicóticos ( $n=24$ ). Em relação a estes agrupamentos, ressaltam-se três questões: 1) O grupo sem diagnóstico era predominantemente não clínico, porém alguns poucos pacientes que, embora em tratamento, apresentavam alguma demanda leve, e por este motivo não foram classificados por seus terapeutas com algum diagnóstico nosológico, entraram na composição do grupo. 2) No que se refere aos participantes diagnosticados com transtornos de personalidade, a maior parte da amostra era composta por pacientes *borderline*. 3) Os pacientes com diagnóstico de transtornos de humor e de ansiedade foram agrupados em uma mesma categoria, tendo em vista a similaridade do grau de severidade e do nível de comprometimento que estes transtornos ocasionam. Embora haja distinção entre transtornos de ansiedade e de humor, eles frequentemente coocorrem (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998), existindo uma certa sobreposição entre ansiedade e humor evidenciada inclusive pela alta intercorrelação dos escores de diversos instrumentos destinados a medir



estes transtornos (Clak & Watson, 1991). Além disso, no presente estudo, diversos pacientes apontaram ter um diagnóstico comórbido entre os referidos transtornos.

Tendo em vista os quatro grupos diagnósticos citados acima, foram realizadas análises de variância (ANOVA) para verificar a capacidade do instrumento em discriminá-los, conforme apresentado na Tabela 1. Também são apresentados na tabela os coeficientes de consistência interna, os quais são considerados satisfatórios para todas as dimensões do instrumento e para a escala total.

Tabela 1

*Comparação das Médias (ANOVA) das Escalas do SRQ-20 entre os Diferentes Grupos Diagnósticos e Coeficientes de Consistência Interna*

	<b>Sem diagnóstico</b> M (DP) n=79	<b>T. Humor/ Ansied.</b> M (DP) n=41	<b>T. Personalidade</b> M (DP) n=14	<b>T. Psicóticos</b> M (DP) n=15	<b>F (gl)</b>	<b>p</b>	<b><math>\alpha</math></b>
<b>HD/A</b>	0,99 <sup>a</sup> (1,01)	2,65 <sup>bc</sup> (1,11)	3,36 <sup>b</sup> (0,50)	2,00 <sup>c</sup> (1,38)	32,02 (3)	< 0,001	0,70
<b>SS</b>	1,33 <sup>a</sup> (1,29)	2,84 <sup>bc</sup> (1,74)	3,71 <sup>b</sup> (1,32)	2,17 <sup>ac</sup> (1,76)	15,02 (3)	< 0,001	0,71
<b>DE</b>	1,59 <sup>a</sup> (1,60)	3,21 <sup>b</sup> (1,84)	4,79 <sup>c</sup> (1,05)	3,17 <sup>b</sup> (2,03)	56,61 (3)	< 0,001	0,79
<b>PD</b>	0,32 <sup>a</sup> (0,60)	1,67 <sup>b</sup> (1,49)	3,14 <sup>c</sup> (1,02)	1,38 <sup>b</sup> (1,39)	40,97 (3)	< 0,001	0,80
<b>SRQT</b>	4,23 <sup>a</sup> (3,67)	10,37 <sup>b</sup> (4,91)	15,0 <sup>c</sup> (2,21)	8,70 <sup>b</sup> (5,69)	674,36 (3)	< 0,001	0,90

Nota: Em cada linha, letras iguais representam Categorias Diagnósticas que não se diferenciam entre si em relação às dimensões do SRQ-20 (Post-hoc: Teste de Tukey); M: Média; DP: Desvio-padrão; HD/A: Humor depressivo/ansioso; SS: Sintomas somáticos; DE: Decréscimo de energia; PD: Pensamentos Depressivos; SRQT: Escore total do SRQ-20.

Os resultados demonstraram que o SRQ-20 tem capacidade de diferenciar a categoria “sem diagnóstico” das demais, tanto para o escore geral do SRQ-20 quanto para os fatores do instrumento, com exceção de Sintomas Somáticos, no qual os participantes que não tinham diagnóstico não diferiram do grupo com transtornos psicóticos. Os pacientes com transtornos de humor e/ou ansiedade não diferiram dos pacientes psicóticos em nenhuma das escalas do SRQ-20 e, também, não diferiram dos pacientes com transtornos de personalidade nas escalas Humor Depressivo/Ansioso e Sintomas Somáticos.

Os participantes com transtornos de personalidade apresentaram os maiores escores em todos os fatores do SRQ-20 e diferiram das demais categorias diagnósticas em quase todos os fatores, com exceção de Humor Depressivo/Ansioso e Sintomas Somáticos, os quais não apresentaram diferenças significativas do grupo “transtornos de humor/ansiedade”. Por fim, os pacientes que tinham transtornos psicóticos tiveram as médias mais baixas dentre os grupos com algum transtorno em relação aos sintomas avaliados pelo SRQ-20. Suas médias, no entanto, não diferiram significativamente do grupo “transtornos de humor/ansiedade”, e, em relação ao fator Sintomas Somáticos, não houve diferenças entre os psicóticos e os sem diagnóstico.

### Relação entre SRQ-20 com Risco de Suicídio

As correlações realizadas para verificar a associação de sintomas mentais comuns e o risco de suicídio são apresentadas na Tabela 2. Foram encontradas correlações positivas,

moderadas a altas, entre o escore total do SRQ-20 e todos os seus fatores com risco de suicídio.

Tabela 2

*Correlações entre Risco de Suicídio e os Fatores do SRQ-20*

	<b>Humor Depres./ Ansioso</b>	<b>Sintomas Somáticos</b>	<b>Decréscimo de Energia</b>	<b>Pensamentos Depressivos</b>	<b>SRQ Total</b>
Risco de suicídio	0,60**	0,41**	0,52**	0,74**	0,65**

Nota: \*\* p <0,01.

A análise de regressão logística binária entre os fatores do SRQ-20 com os grupos “sem risco de suicídio” e “com risco de suicídio” apontou os índices de 82,47 para -2Log likelihood, e R<sup>2</sup> de 0,46 e 0,67 para as estatísticas Cox & Snell e Nagelkerke, respectivamente. Os valores de sensibilidade, especificidade e predição correta total foram 80%, 92,2% e 89%, considerando o ponto de corte de classificação 0,3. Os resultados apontaram também os fatores “pensamentos depressivos” ( $p < 0,001$ ; OR=4,3; IC: 2,28 – 8,22) e “humor depressivo/ansioso” ( $p < 0,001$ ; OR=1,99; IC: 2,28 – 8,22) como preditores significativos do aumento das razões de chance do suicídio.

### Pontos de Corte

Por meio de Curvas ROC, observou-se que o ponto de corte do SRQ-20 para a amostra total foi de 6 pontos. Ou seja, obtendo um escore igual ou maior que este, o sujeito pertenceria ao grupo clínico (Área sobre a curva=0,84,  $p < 0,001$ ), sendo a sensibilidade entre 71% e 76%, e a especificidade entre 75% e 83%. Analisaram-se também os pontos de corte por sexo, sendo encontrado o mesmo valor do ponto de corte da amostra total para homens e mulheres (Fem.: Área sobre a curva=0,79,  $p < 0,001$ ; Masc.: Área sobre a curva=0,89,  $p < 0,001$ ). Em relação à predição, os valores para o sexo feminino ficaram entre 70% e 73% para sensibilidade, e entre 63% e 78% para especificidade. Já para os homens, a sensibilidade mostrou-se entre 74% e 79%, e a especificidade entre 83% e 86%.

### Discussão

Diversos estudos brasileiros empregaram o SRQ-20 para investigar a prevalência de transtornos mentais em populações específicas, utilizando o instrumento como critério para a caracterizar o adoecimento psíquico dos participantes (Botti et al., 2010; Carmo et al., 2018; Guirado & Pereira, 2016; Moraes et al., 2017; Santos, Araújo, & Oliveira, 2009; Santos, Carvalho, & Araújo, 2016). Dada a frequência com a qual o SRQ-20 é reportado neste contexto (Bolsoni & Zuardi, 2015), torna-se importante a realização de estudos que visem somar evidências de sua validade clínica, investigando especialmente a aplicabilidade em populações que já se constituem a priori como clínicas.

Em relação ao presente estudo, a comparação entre amostra clínica e não clínica (tendo como critério estar ou não em tratamento) apontou um grande tamanho de efeito demonstrado pelo instrumento ao discriminar tais grupos em relação à manifestação de sintomas



mentais comuns. Da mesma forma, os resultados indicaram que o SRQ-20 mostrou-se capaz de discriminar o grupo que não tinha diagnóstico de transtornos psiquiátricos dos demais grupos em praticamente todos os fatores do instrumento, evidências estas que reforçam a validade do instrumento.

O grupo de pacientes com transtornos de humor e/ou ansiedade e os pacientes psicóticos não apresentaram diferenças em relação à quantidade de sintomas mentais comuns apresentados. Embora, de maneira geral, os transtornos psicóticos apresentem maior gravidade, pode-se inferir que as pessoas com estes transtornos não obtiveram altas pontuações em função de o instrumento captar apenas sintomas não psicóticos (Santos, Carvalho, & Araújo, 2016). A proposta original do SRQ-20 incluía questões para rastreamento de psicose, porém estas começaram a ficar em desuso, visto que a detecção deste tipo de patologia por instrumentos autorrespondidos apresenta baixa sensibilidade (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008). O fator “Sintomas Somáticos” também não se mostrou capaz de diferenciar as pessoas sem diagnóstico de transtorno em relação aos psicóticos. As doenças físicas psicossomáticas podem ser consideradas reações adaptativas malsucedidas do corpo ao estresse biológico, físico ou psicossocial e, de acordo com a teoria psicodinâmica, costumam ter uma origem de ordem neurótica (Eksterman, 1994). Portanto, considerando os sintomas avaliados por este fator em relação à sua manifestação nos transtornos psicóticos, compreende-se que eles não se mostram tão relevantes clinicamente na avaliação dos transtornos não neuróticos. No entanto, mesmo que os grupos diagnósticos manifestem-se de maneira similar em relação às queixas somáticas, é possível também que os próprios itens do fator “Sintomas Somáticos” não sejam discriminativos, não sendo uma dimensão que contribui para a diferenciação dos quadros clínicos.

Mesmo que o SRQ-20 não ofereça diagnósticos específicos (Santos, Araújo, Pinho, & Silva, 2010), as médias obtidas pelos pacientes com transtornos de personalidade (TP) foram altas quando comparadas às dos demais grupos, diferenciando-se significativamente do restante do grupo clínico. No entanto, esse resultado possivelmente não se deve ao fato de que estes pacientes apresentem maior quantidade de sintomas. Considerando que grande parte desta amostra foi composta por pacientes com TP graves, é provável que eles experienciem sentimentos de maneira mais intensa e invasiva e, também, reportem seus sintomas mais enfaticamente, ou de maneira mais dramática do que o restante dos pacientes do grupo clínico. Esses resultados corroboram o estudo de Morey et al. (2002), o qual comparou traços de personalidade em pacientes depressivos e pacientes com TP. Tal estudo apontou maiores prejuízos neste segundo grupo, com um tamanho de efeito grande ( $d > 0,80$ ) em relação a características que remetem a uma maior instabilidade (e intensidade) emocional, tais como ansiedade, raiva, depressão, vulnerabilidade psíquica, menor consciência sobre si mesmo e dificuldade em confiar.

A análise dos sintomas apresentados pelas diferentes categorias diagnósticas possibilita observar que quadros psicopatológicos, como insônia, fadiga, depressão, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, avaliados pela escala (Santos, Araújo, & Oliveira, 2009), de fato parecem pertencer a uma base comum de sintomatologia presente em diferentes transtornos, consistindo nos denominados “transtornos mentais comuns” (Goldberg & Huxley, 1992).

O SRQ-20 mostrou-se também um bom preditor do risco de suicídio. Além de correlações moderadas a altas entre os fatores do instrumento com a avaliação de risco, observou-se que pessoas que apresentam pensamentos depressivos têm quatro vezes mais risco, e as que têm um padrão de humor depressivo/ansioso aumentam em duas vezes a razão de chance de cometer suicídio. De fato, é reportado na literatura a forte contribuição que os aspectos depressivos apresentam em relação à ideação e aos comportamentos suicidas (Gili-Planas, Rocca-Bennasar, Ferrer-Perez, & Bernardo-Arroyo, 2001; Goldney, Dal Grande, Fisher, & Wilson, 2003). Há também um risco muito aumentado de pessoas com quaisquer transtornos mentais apresentarem risco de suicídio quando comparados à população geral (Gili-Planas et al., 2001). Nesse sentido, a aplicabilidade clínica do SRQ-20 é corroborada, considerando que ele se mostrou um preditor satisfatório do risco de suicídio e que investiga justamente a presença destes transtornos.

Estudos de validação do SRQ-20 encontraram diferentes pontos de corte dependendo do contexto de aplicação (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008; Harding et al., 1980). No presente estudo, a partir das análises realizadas, definiu-se como 6 o ponto de corte para grupo clínico, considerando-se a utilização da escala para a amostra geral, e não foram encontradas diferenças entre gênero para esta pontuação. A identificação de pontos de corte é bastante útil em instrumentos de rastreio, visto que fornece uma estimativa inicial para maior atenção clínica (World Health Organization, 1994) e, nesse sentido, uma das contribuições oferecidas por este estudo é fornecer este parâmetro de referência a partir de amostra clínica e não clínica.

### Considerações Finais

Desenvolvido com fins de triagem para suspeição diagnóstica de transtornos psíquicos, o SRQ-20 tem se destacado como um dos instrumentos de rastreio mais utilizados nos estudos brasileiros (Santos, Araújo, & Oliveira, 2009). Assim, fazem-se importantes estudos que investiguem suas propriedades psicométricas, buscando somar evidências de validade para a escala. Nesse sentido, o presente trabalho trouxe contribuições em relação à aplicabilidade do SRQ-20 em contexto clínico, apontando sua capacidade de diferenciar pacientes de não pacientes e de prever sujeitos que apresentam maior risco de suicídio. Além disso, oferece uma estimativa de ponto de corte para este instrumento de rastreio, possibilitando maior atenção e agilidade para intervenção em serviços de saúde.

A escala mostrou-se útil ainda para auxiliar na compreensão da sintomatologia de diferentes categorias de transtornos psiquiátricos, embora o fator “Sintomas Somáticos” não tenha se mostrado uma medida adequada para discriminar os grupos diagnósticos. Observou-se que pacientes com transtornos de personalidade parecem manifestar sintomas psicopatológicos de maneira mais intensa, e que pacientes psicóticos, depressivos e ansiosos, de forma geral, não se diferenciam em relação à quantidade de sintomas mentais comuns apresentados. Ressalta-se, contudo, que a escala não é suficiente para uma avaliação completa do quadro de saúde mental dos pacientes, sendo necessária uma investigação mais profunda acerca de estados psicológicos.

Este estudo tem algumas limitações. A amostra foi obtida por conveniência, e pode haver algum viés na categorização dos transtornos mentais evidenciados no grupo clínico, uma vez que, na maior parte dos casos, a informação foi obtida por meio do profissional atendente,

mas houve casos em que se consultou o prontuário ou o próprio paciente relatou seu quadro. Além disso, o baixo tamanho amostral parece ser um aspecto limitador em relação à representatividade para o estabelecimento de pontos de corte, devendo este ser utilizado com cautela.

Espera-se que o conjunto de resultados encontrados no presente trabalho auxilie profissionais da área de saúde mental a utilizar o SRQ-20 em contextos nos quais são necessárias avaliações breves e objetivas. Além disso, os achados podem ser úteis em estudos futuros que busquem investigar associações da estrutura fatorial do instrumento com outras variáveis. Informações de qualidade acerca de escalas de uso rápido e fácil são importantes para pesquisa e para a atuação na área, além de contribuir para melhor encaminhamento de casos atendidos em serviços de atenção primária.

### Referências

- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(3), 106-115. doi: <http://10.1590/S1516-44462000000300003>
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181. doi: <http://10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Bolsoni, L. M., & Zuardi, A. W. (2015). Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais [Psychometric studies of brief screening tools for multiple mental disorders]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 63-69. doi: <http://10.1590/0047-20850000000058>
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: Epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236.
- Botti, N. C. L., Castro, C. G., Silva, A. K., Silva, M. F., Oliveira, L. C., Castro, A. C. H. O., & Fonseca, L. L. K. (2010). Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. *Barbarói*, 33, 178-193.
- Carmo, M. B. B., Santos, L. M., Feitosa, C. A., Fiaccone, R. L., Silva, N. B., Santos, D. N. Barreto, M. L., & Amorim, L. D. (2018). Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: What are the alternative strategies for analysis? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40, 115-122. doi: <http://10.1590/1516-4446-2016-2139>
- Chen, S., Zhao, G., Li, L., Wang, Y., Chiu, H., & Caine, E. (2009). Psychometric properties of the Chinese version of the Self-Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) in community settings. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 538-547. doi: <http://10.1177/0020764008095116>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- De-Sousa, D. A., Moreno, A. L., Gauer, G., Manfro, G. G., & Koller, S. H. (2013). Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira [Systematic review of instruments to evaluate anxiety in Brazilian population]. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 397-410. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v12n3/v12n3a15.pdf>

- Eksterman, A. (1994). Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 9-24.
- Gili-Planas, M., Rocca-Bennasar, M., Ferrer-Perez, V., & Bernardo-Arroyo, M. (2001). Suicidal ideation, psychiatric disorder, and medical illness in a community epidemiological study. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(2), 207-213.
- Goldney, R. D., Dal Grande, E., Fisher, L. J., & Wilson, D. (2003). Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample. *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 267-272.
- Goldberg D, & Huxley P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-390.
- Guirado, G. M. P., & Pereira, N. M. P. (2016). Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Caderno de Saúde Coletiva*, 24(1), 92-98. doi: <http://10.1590/1414-462X201600010103>
- Harding, T. W., De Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., & Ladrado-Ignacio, L. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Iacoponi, E., Mari, J. J. (1989). Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self Reporting Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 35(3), 213-222. doi: <http://10.1177/002076408903500301>
- Moraes, R. S. M., Silva, D. A. S., Oliveira, W. F., & Peres, M. A. (2017). Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: A population-based study in Southern Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(1), 43-56. doi: <http://10.1590/1980-5497201700010004>
- Morey, L. C., Gunderson, J. G., Quigley, B. D., Shea, M. T., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., . . . Zanarini, M. C. (2002). The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders by the five-factor model. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 215-234.
- Netsereab, T. B., Kifle, M. M., Tesfagiorgis, R. B., Habteab, S. G., Weldeabzgi, Y. K., & Tesfamariam, O. Z. (2018). Validation of the WHO self-reporting questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea. *International Journal of Mental Systems*, 12(61), 1-9. doi: <http://10.1186/s13033-018-0242-y>
- Paraventi, F., Cogo-Moreira, H., Paula, C. S., & Mari, J. J. (2015). Psychometric properties of the self-reporting questionnaire (SRQ-20): Measurement invariance across women from Brazilian community settings. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 213-220. doi: <http://10.1016/j.comppsy.2014.11.020>
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., & Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana [Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in

- an urban population]. *Caderno de Saúde Pública*, 25(1), 214-222. doi: <http://10.1590/S0102-311X2009000100023>
- Santos, K. O. B., Carvalho, F. M., & Araújo, T. M. (2016). Consistência interna do self-reporting questionnaire-20 em grupos ocupacionais. *Revista de Saúde Pública*, 50(6), 1-10. doi: <http://10.1590/S1518-8787.2016050006100>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Youngmann, R., Zilber, N., Workneh, F., & Giel, R. (2008). Adapting a SRQ for Ethiopian populations: A culturally-sensitive psychiatric screening instrument. *Transcultural Psychiatry*, 45(4), 566-589. doi: <http://10.1177/1363461508100783>
- World Health Organization. Expert Committee on Mental Health. (1994). *User's Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2018). Mental health. Geneva: WHO. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/)

Recebido em: 29/12/2019

Última revisão: 15/05/2020

Aceite final: 29/06/2020

#### Sobre os autores:

**Liége Barbieri Silveira:** Doutoranda e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicóloga da Universidade Federal da Fronteira Sul, e psicóloga clínica em consultório particular. **E-mail:** [liegebsilveira@gmail.com](mailto:liegebsilveira@gmail.com), **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0003-1948-9283>

**Chrystian da Rosa Kroeff:** Doutorando e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). **E-mail:** [chrystiankroeff@gmail.com](mailto:chrystiankroeff@gmail.com), **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-3217-1344>

**Marco Antônio Pereira Teixeira:** Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia na UFRGS. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1D. **E-mail:** [mapteixeira.psi@gmail.com](mailto:mapteixeira.psi@gmail.com), **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0001-7981-9788>

**Denise Ruschel Bandeira:** Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia na UFRGS. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1C. **E-mail:** [deniserbandeira@gmail.com](mailto:deniserbandeira@gmail.com), **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0001-9867-2718>