

Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*

Performance of the *Self-Reporting Questionnaire* as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*

Daniel Maffasioli Gonçalves ¹
 Airton Tetelbon Stein ^{2,3}
 Flavio Kapczinski ^{1,4}

Abstract

The SRQ (Self-Reporting Questionnaire) is a psychiatric screening tool that originally included 30 questions. The Brazilian version of SRQ-20 (a version that includes the 20 items for non-psychotic mental disorders) was validated in the early 1980s. The objective of the present study was to validate the Brazilian version of SRQ-20 and the 5 items for alcohol-related disorders as compared to the SCID-IV-TR (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR) as the gold standard. The study was conducted in Santa Cruz do Sul, a small town in southern Brazil, with 485 subjects (54.8% females, mean age 40.04 years). The 5 items for alcohol-related disorders showed low sensitivity (66%). The optimum cutoff value for SRQ-20 was 7/8, with 86.33% sensitivity and 89.31% specificity. The discriminant power of SRQ-20 for psychiatric screening was 0.9, and Cronbach's alpha was 0.86.

Mass Screening; Validation Studies; Questionnaires; Mental Health

Introdução

O estudos têm sistematicamente demonstrado que saúde mental é crucial para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países. Os transtornos mentais representam algo em torno de 13% da sobrecarga de doenças no mundo. Apesar dessas constatações, a lacuna entre oferta e demanda de assistência em saúde mental é robusta, com estimativas de até 70% para transtornos de humor e 90% para transtornos por uso de álcool em países desenvolvidos. Os dados para países em desenvolvimento são escassos ¹.

Um dos principais fatores para essa lacuna é o subdiagnóstico de transtornos mentais. De 25% a 50% dos pacientes que procuram assistência médica em centros de atendimento primário têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Destes, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada ¹.

Entre as estratégias para modificação desse contexto está a utilização de instrumentos de rastreamento psiquiátrico, que preferencialmente devem ser de fácil aplicação e baixo custo. Essas características são de grande relevância para seu emprego em larga escala na prática clínica e nos estudos de epidemiologia psiquiátrica ².

Na década de 1970, a OMS (Organização Mundial da Saúde) conduziu o *Estudo Colaborativo em Estratégias para Atendimento em Saúde*

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.

² Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.

³ Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Correspondência

D. M. Gonçalves
 Laboratório de Psiquiatria Molecular, Hospital das Clínicas de Porto Alegre.
 Rua 28 de Outubro 662,
 Santa Cruz do Sul, RS
 96815-710, Brasil.
 danielmgpoa@yahoo.com.br

Mental, que visava a validar métodos de baixo custo para rastreamento psiquiátrico. Essa necessidade surgiu em decorrência dos altos custos em estudos de prevalência de base populacional, que por este motivo eram realizados na sua grande maioria em países desenvolvidos, o que parece ser ainda uma realidade³. Testou-se então em oito países o SRQ (*Self-Reporting Questionnaire*), instrumento de rastreamento proposto por Harding et al.⁴.

O SRQ é composto originalmente por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, uma para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e cinco questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool^{3,5}. As questões para rastrear psicose de certa forma ficaram em desuso, pois o rastreamento deste tipo de patologia por instrumentos auto-respondidos apresenta baixa sensibilidade, estando indicada a busca ativa de casos. O mesmo ocorre para a questão sobre convulsões.

O SRQ está recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, por preencher os critérios citados acima em termos de facilidade de uso e custo reduzido. O SRQ-20 (versão em que são utilizadas as 20 questões para rastreamento de transtornos não-psicóticos) vem sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento de transtornos não-psicóticos^{6,7,8}.

Por tratar-se de um instrumento para rastreamento, e não diagnóstico, a determinação do ponto de corte para detecção de casos, com respectivas sensibilidade e especificidade, precisa ser feita por meio da comparação com o padrão-ouro, isto é, entrevista psiquiátrica padronizada². No Brasil, o SRQ-20 foi comparado com entrevista psiquiátrica formal utilizando-se o instrumento semi-estruturado CIS (*Clinical Interview Schedule*)⁹ em meados da década de 1980. Nesse estudo a sensibilidade e especificidade foram, respectivamente, 83% e 80% para detecção de casos de transtornos mentais do tipo neurótico utilizando como ponto de corte 7/8 para mulheres e 5/6 para homens^{10,11}. Em relação às questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool, não localizamos na literatura estudo de validação.

Passados mais de vinte anos desde a validação do SRQ-20, os mesmos parâmetros têm sido utilizados, apesar dos avanços no diagnóstico psiquiátrico. Conforme Harding et al.⁴, o ponto de corte do SRQ-20 pode apresentar variação considerável, de 5/6 a 10/11, dependendo do contexto cultural em que é aplicado, o que inclui

contextos local e temporal. Dessa forma, um novo estudo de validação parece pertinente.

Este estudo tem por objetivo verificar o ponto de corte mais adequado para o uso do SRQ-20 como instrumento de rastreamento de transtornos não-psicóticos e das cinco questões do SRQ para rastreamento de transtornos por uso de álcool por meio da comparação com entrevistas estruturadas de diagnóstico psiquiátrico face a face baseado no DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th version reviewed*)¹². A fim de facilitar a apresentação dos dados, utilizamos a abreviatura SRQ-A para designar as questões de rastreamento de transtorno por uso de álcool. Os objetivos secundários são avaliar as características psicométricas dos dois instrumentos.

Metodologia

Amostra

O estudo foi conduzido em uma comunidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, onde residem 2.800 pessoas. A área é atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF), sendo desta forma acompanhada por médico, profissionais de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Cada ACS é responsável por aproximadamente um quarto do total de moradores. Foram considerados critérios de inclusão: indivíduos maiores de 14 anos, moradores da área e que participaram das duas etapas do estudo (questionários auto-respondidos sobre dados demográficos, SRQ-20 e SRQ-A mais entrevista psiquiátrica). Utilizou-se como critério de exclusão apenas a presença de comprometimento mental que impossibilitasse a participação, basicamente retardo mental e demência de moderada a grave. No total, 485 indivíduos participaram de todas as etapas do estudo (questionários auto-respondidos e entrevista psiquiátrica).

Delineamento

Trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado no período de 10 de fevereiro a 10 de maio de 2006. O estudo ocorreu em duas etapas simultâneas: aplicação do questionário sobre dados demográficos, SRQ-20 e SRQ-A pelos ACSs, e aplicação do SCID-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*)¹³ por psiquiatra. Nas visitas domiciliares realizadas pelos ACSs durante o período de estudo, todos os moradores acima de 14 anos da área eram convidados a participar. Quando um morador não estava presente, o convite para a pesquisa era feito por intermédio

do familiar presente. O SRQ-20 e o SRQ-A foram respondidos individualmente pelos participantes. No caso de o entrevistado ser analfabeto, os instrumentos eram lidos por um terceiro, preferencialmente o ACS. Isso porque o SRQ objetiva incluir todo tipo de paciente, inclusive os analfabetos⁷. O SCID-IV-TR foi aplicado por psiquiatra treinado no instrumento pelo Laboratório de Psiquiatria Molecular, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e sem conhecimento dos resultados dos instrumentos de rastreamento. Todos os moradores da área acima de 14 anos que responderam ao SRQ-20 e SRQ-A e que procuravam a unidade de saúde do PSF por qualquer motivo eram convidados a participar.

Instrumentos

- **Questionário sobre dados demográficos**

Trata-se de um questionário auto-respondido composto por 12 perguntas acerca de dados demográficos e de identificação.

- **Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)**

O SRQ-20 é a versão de 20 itens do SRQ-30 para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade).

- **Self-Reporting Questionnaire (SRQ-A)**

O SRQ-A é composto por cinco questões para rastreamento de transtornos por uso de álcool. São elas: “*Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentaram ou sugeriram que você estava bebendo demasiadamente?*”; “*Alguma vez você tentou deixar de beber mas não conseguiu?*”; “*O(a) sr(a). teve problemas no trabalho ou estudo por causa da bebida, tais como beber no trabalho ou no colégio, ou faltar a ambos?*”; “*O(a) sr(a). tem se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?*”; “*Já lhe pareceu alguma vez que estava bebendo demasiadamente?*”. As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores.

- **Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID-IV-TR)**

O SCID-IV-TR¹³ é um instrumento estruturado para entrevista psiquiátrica com fins de diagnóstico, sendo que deve ser aplicado por clínico treinado e familiarizado com o mesmo. É baseado nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR¹², e é amplamente utilizado em pesquisas na área de saúde mental. É dividido em módulos, sendo que cada um tem perguntas iniciais de rastreamento e direcionamento da entrevista para os prováveis diagnósticos. Os seis módulos são episódios de humor (A), episódios psicóticos (B), transtornos psicóticos (C), transtornos de humor (D), transtornos por abuso de substâncias (E) e transtornos de ansiedade, alimentares e somatoformes (F).

Preparação e suporte aos aplicadores

Os quatro ACSs foram treinados em dez encontros de três horas cada para sensibilização e capacitação em saúde mental, sendo cinco encontros antes do início do estudo e cinco no decorrer do estudo. Além desses, um encontro semanal era realizado com o responsável pelo estudo a fim de esclarecer dúvidas e receber suporte técnico e emocional.

Análise estatística

Os dados foram compilados no programa SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) com dupla digitação, posterior validante e limpeza do banco de dados. As análises foram realizadas no mesmo programa. As médias aritméticas e os desvios-padrão foram calculados para todos os dados contínuos da amostra. Porcentuais foram calculados para todas as variáveis categóricas e nominais.

Foram considerados casos positivos de transtornos não-psicóticos para fins de validação do SRQ-20 os indivíduos que preencheram critérios mínimos atuais (em atividade) para as sessões no SCID-IV-TR A (episódios de humor), D (diagnóstico de transtornos de humor) e F (diagnóstico de transtornos de ansiedade, alimentares e somatoformes), excluindo-se os transtornos alimentares. Para a validação do SRQ-A foram considerados casos positivos os indivíduos que preencheram critérios atuais na seção E do SCID-IV-TR, excluindo-se transtornos por outras substâncias que não álcool. Indivíduos com algum diagnóstico ao longo da vida, mas em remissão total na atualidade, foram considerados não-casos, pois o rastreamento com SRQ destina-se a avaliar transtornos atuais.

As verificações de possíveis associações entre os resultados do SRQ-20 e do SRQ-A com variáveis demográficas foram feitas usando-se o teste t de Student (quando variáveis dicotômicas), teste ANOVA (quando variáveis qualitativas politômicas) e correlação r de Pearson (quando variáveis contínuas), enquanto que entre os resultados do SCID-IV-TR com variáveis demográficas foram feitas utilizando-se o teste qui-quadrado (quando variáveis qualitativas) e o teste t de Student (quando variáveis contínuas).

Os pontos de corte dos instrumentos foram estabelecidos por meio da análise da curva obtida pelo *Receiver Operating Characteristic* (ROC), no qual compara-se o teste de rastreamento com os resultados do padrão-ouro. A curva ROC é obtida pelo *plotting* da sensibilidade (eixo y) contra falsos-positivos (complemento da especificidade) no eixo x, ambos independentes da prevalência, para todos os possíveis pontos de corte do instrumento de rastreamento, obtendo-se uma linha contínua. Dessa forma, obtém-se o ponto de corte que melhor discrimina casos de não-casos através da verificação do valor sobre a curva correspondente à sensibilidade e especificidade que mais se distanciam de forma perpendicular da linha diagonal entre os vetores x e y. Além disso, a área sob a curva fornece um indicativo do poder de discriminação do instrumento de rastreamento, ou seja, de diferenciar casos de não-casos. Essa área varia de 0,5 para poder nulo de discriminação até 1, poder máximo.

Em relação à análise das propriedades psicométricas do SRQ-20 e SRQ-A, a confiabilidade interna foi calculada pelo coeficiente Cronbach alfa. As associações entre os itens foram verificadas pela correlação r de Pearson, e a análise fatorial foi feita pelo método de análise por componente principal com extração de fatores com *eigenvalues* maior que 1. Consideramos valor $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Este tipo de estudo apresenta risco mínimo de acordo com as normas de pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e à análise da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santa Cruz do Sul. Todos os participantes preencheram um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

Resultados

Caracterização demográfica da amostra

Quatrocentos e oitenta e cinco indivíduos participaram do estudo, sendo 54,8% (266) do sexo feminino. A idade média foi de 40,04 (DP = 15,89). Em relação à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 6,14 (0-20) com desvio-padrão de 3,98. Cinquenta e nove (12,13%) indivíduos eram analfabetos e 297 (61,9%) eram alfabetizados porém não tinham completado o primeiro grau. Quatrocentos e quarenta e sete indivíduos (95,1%) tinham renda familiar menor que três salários mínimos (Novecentos Reais na época). Esses dados atestam que trata-se de uma amostra de baixo nível sócio-econômico. As demais características da amostra estão descritas na Tabela 1.

Avaliação de desempenho do SRQ-20

O escore médio para o SRQ-20 em toda a amostra foi de 5,9 (DP = 4,64). Não houve diferenças significativas quando dividimos a amostra por sexo ($t = -1,522$; $df = 483$; $p = 0,13$), sendo que para o sexo masculino a média foi de 5,55 (DP = 4,68), e para o feminino foi de 6,19 (DP = 4,59). Em relação à influência de outras variáveis demográficas nos resultados do SRQ-20, houve correlação positiva com idade ($r = 0,28$; $p < 0,001$) e negativa com anos de escolaridade ($r = -0,15$; $p < 0,001$). As variáveis demográficas etnia, ocupação, situação conjugal e renda familiar, assim como sexo, não apresentaram associação.

Do total da amostra, 139 (28,7%) indivíduos apresentaram algum diagnóstico de transtorno mental não-psicótico, conforme entrevista com SCID-IV-TR, sendo 70 (50,4%) do sexo masculino e 69 (49,6%) do feminino. Cento e oito (22,3%) indivíduos apresentaram diagnóstico para transtorno depressivo atual. Destes, 41 (8,5%) correspondem a diagnóstico de distímia, 64 (13,2%) de transtorno depressivo episódio único ou recorrente e 3 (0,62%) de transtorno depressivo bipolar, uma vez que tinham história de algum episódio misto, maníaco ou hipomaníaco no passado. Sessenta (12,37%) indivíduos preencheram critérios para algum transtorno de ansiedade e 8 (1,64%) para algum transtorno de somatização.

Houve associação positiva entre a presença de diagnóstico para transtorno não-psicótico feito usando-se o SCID-IV-TR e idade ($t = 7,373$; $df = 483$; $p < 0,001$), e negativa com anos de escolaridade ($t = -3,275$; $df = 448$; $p = 0,001$), mesmo padrão observado para o SRQ-20.

Tabela 1

Características da amostra.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	219	45,2
Feminino	266	54,8
Etnia		
Negro	76	15,9
Branco com ascendência germânica *	116	24,2
Branco sem ascendência germânica	174	36,3
Pardo	110	23,0
Situação conjugal		
Solteiros	98	20,8
Casados **	290	61,6
Separados	40	8,5
Viúvos	34	7,2
Nível de escolaridade		
Analfabetos	59	12,13
Primeiro grau incompleto	297	61,9
Primeiro grau completo	57	11,9
Segundo grau incompleto	35	7,3
Segundo grau completo	26	5,4
Superior (completo e incompleto)	5	1,0
Ocupação		
Estudantes	45	10,0
Empregados com carteira assinada	87	19,4
Trabalhadores autônomos	32	7,1
Safristas ***	113	25,6
Desempregados	54	12,0
Em benefício por problemas de saúde	24	5,3
Aposentados por invalidez	32	7,1
Aposentados por tempo de serviço	18	4,0
Pensionistas	9	2,0
Donas-de-casa	33	7,3
Renda familiar (Reais)		
Até 300,00 #	89	18,9
De 300,00 até 900,00	358	76,2
De 900,00 até 1.500,00	21	4,5
Mais de 1.500,00	2	0,4

* Pai ou mãe descendentes até três gerações de colonizadores alemães;

** Casados: consideramos casados todos com casamento formalizado (civil ou religioso) ou união estável de mais de um ano;

*** Safristas: modalidade de trabalho característica da região, onde os indivíduos são contratados temporariamente todos os anos para trabalhar na colheita e processamento de fumo da safra anual;

R\$ 300,00 (Trezentos Reais): valor do salário mínimo na época do delineamento do projeto.

- **Ponto de corte, sensibilidade e especificidade do SRQ-20**

O ponto de corte foi analisado para toda a amostra e para os indivíduos dos sexos masculino e feminino em separado, visto que a validação anterior demonstrou pontos de corte diferentes para cada sexo^{10,11}. Nos três casos, encontramos

ponto de corte 7/8. Ou seja, não houve influência significativa do gênero na análise da curva ROC. Este ponto corresponde para toda amostra uma sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31% (Tabela 2), sendo o valor preditivo positivo 76,43% e o valor preditivo negativo 94,21%.

As áreas sob a curva ROC para ambos os sexos, para o sexo masculino e para o feminino são,

Tabela 2

Ponto de corte, sensibilidade e especificidade do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em relação ao *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR* (SCID-IV-TR).

Sexo	Ponto de corte	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
Ambos	5,5	92,8	73,4
	6,5	90,6	83,2
	7,5	86,3	89,3
	8,5	71,2	92,0
	9,5	60,4	94,5
Masculino	5,5	88,6	79,9
	6,5	87,1	87,9
	7,5	82,9	93,3
	8,5	67,1	95,3
	9,5	54,3	96,0
Feminino	5,5	97,1	68,5
	6,5	94,2	79,7
	7,5	89,9	86,3
	8,5	75,4	90,9
	9,5	66,7	93,4

respectivamente, 0,91 (0,88-0,94), 0,91 (0,86-0,96) e 0,93 (0,9-0,96).

A Tabela 2 apresenta a sensibilidade e especificidade por sexo e para toda amostra em diversos pontos de corte, possibilitando que o usuário da escala possa optar por um ponto de corte diferente do proposto de acordo com os seus objetivos (necessidade de maior sensibilidade ou especificidade).

• Avaliação de desempenho de cada item do SRQ-20

Analizamos o desempenho de cada uma das vinte questões que compõem o SRQ-20 em termos de sensibilidade e especificidade para detecção de casos positivos de transtorno não-psicótico. Como pode ser visto na Tabela 3, a menor sensibilidade (31,85%) foi vista na questão 16 (*Acha que é uma pessoa que não vale nada?*), e a maior (89,81%) na questão 6 (*O(a) Sr(a). se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?*).

• Propriedades psicométricas do SRQ-20

O coeficiente Cronbach alfa calculado para esta amostra foi de 0,86. Como esperado teoricamente, a grande maioria dos itens apresentou correlação calculada pelo método de correlação *r* de Pearson significativa entre si ($p < 0,001$). Como exceções, o item 11 (*Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?*) não apresentou as-

sociação com os itens 1 (*Sr. (a) tem dores de cabeça com frequência?*) e 2 (*Tem falta de apetite?*), e o item 14 (*O(a) Sr(a). não é capaz de ter um papel útil na vida?*) não apresentou associação com 1 (*Sr(a). tem dores de cabeça com frequência?*) e 3 (*O(a) Sr(a). dorme mal?*)

Em relação à análise fatorial, o método de Análise por Componente Principal resultou em uma solução de quatro fatores, respondendo por uma variância cumulativa de 46,52%. O primeiro fator extraído responde por 27,97% de variância (mais da metade) e todos os itens do SRQ-20 carregaram positivamente neste fator, com os seguintes valores de carregamento para as questões em ordem crescente: 0,42; 0,51; 0,53; 0,5; 0,55; 0,54; 0,58; 0,43; 0,53; 0,47; 0,39; 0,47; 0,51; 0,35; 0,63; 0,51; 0,59; 0,72; 0,53 e 0,67. Como pode ser verificado, os valores variaram de 0,35 (item 14) a 0,72 (item 18). Interessante notar que os dois itens com menores valores foram o 11 (0,38) e o 14 (0,35), justamente os itens que foram exceção na análise de correlação inter-item.

Avaliação de desempenho do SRQ-A

O escore médio do SRQ-A para toda a amostra foi de 0,44 (DP = 1,21). Quatrocentos e doze (84,9%) entrevistados não pontuaram em nenhuma questão. O sexo masculino apresentou média significativamente maior que o feminino ($m = 0,8$; DP = 1,56 *vs.* $m = 0,15$; DP = 0,7), com significância no teste *t* de Student ($t = 5,713$;

Tabela 3

Performance de cada questão de rastreamento do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para detecção de casos.

Questão do SRQ-20	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
1. Sr(a). tem dores de cabeça com frequência?	68,15	68,29
2. Tem falta de apetite?	51,59	89,32
3. O(a) Sr(a). dorme mal?	64,33	80,49
4. O(a) Sr(a). fica com medo com facilidade?	54,14	85,06
5. Suas mãos tremem?	64,97	82,62
6. O(a) Sr(a). se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	89,81	56,71
7. Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?	63,06	85,07
8. O(a) Sr(a). não consegue pensar com clareza?	66,24	74,39
9. Sente-se infeliz?	43,95	92,38
10. O(a) Sr(a). chora mais que o comum?	44,58	87,50
11. Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?	42,04	89,02
12. Acha difícil tomar decisões?	63,06	78,96
13. Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?	41,40	92,68
14. O(a) Sr(a). não é capaz de ter um papel útil na vida?	43,31	82,01
15. O(a) Sr(a). perdeu interesse nas coisas?	43,95	97,26
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?	31,85	97,26
17. O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?	61,78	86,28
18. O(a) Sr(a). se sente cansado(a) todo o tempo?	72,61	91,77
19. O(a) Sr(a). tem sensações desagradáveis no estômago?	66,88	79,57
20. Fica cansado(a) com facilidade?	77,07	83,84

df = 290,483; $p < 0,001$). As médias de SRQ-A distribuídas conforme a variável demográfica ocupação também mostraram diferenças significativas (ANOVA = 46,835; df = 11; $p < 0,001$), sendo que esta significância ocorreu para maiores escores de SRQ-A em desempregados quando comparados com estudantes, empregados com carteira assinada, safristas e donas-de-casa.

Em relação a diagnóstico de transtorno por uso de álcool e outras substâncias, 66 (13,6%) do total da amostra apresentaram diagnóstico positivo ao longo da vida, sendo 15 (3,1%) para transtorno por uso de álcool e drogas e 51 (10,5%) para transtorno por uso de álcool somente. Todos os indivíduos com diagnóstico de transtorno por uso de drogas tinham também diagnóstico para transtorno por uso de álcool. Vinte indivíduos (4,12%) apresentaram diagnóstico passado de transtorno por uso de álcool, e 2 (0,41%) de transtorno por uso de álcool e drogas. Trinta e um (6,39%) preencheram critérios para diagnóstico de transtorno por uso de álcool atual, e 13 (2,68%) apresentaram diagnóstico de transtorno por uso de álcool e drogas atual, totalizando 44 (9,07%) indivíduos considerados como casos positivos para validação do SRQ-A.

Houve associação positiva entre a presença de diagnóstico de transtorno por uso de álcool

atual feito pelo SCID-IV-TR e sexo masculino ($\chi^2 = 45,117$; df = 1; $p < 0,001$). A variável ocupação também apresentou associação ($\chi^2 = 27,791$; df = 11; $p = 0,003$). O mesmo padrão foi observado em relação ao SRQ-A.

- **Ponto de corte, sensibilidade e especificidade do SRQ-A**

O ponto de corte ótimo para o SRQ-A foi 1/2, com sensibilidade de 68,2% e especificidade de 94,1% neste ponto, e valores preditivos positivo e negativo de 53,57% e 96,74%. Quando analisamos a curva ROC dividindo a amostra por sexo, o ponto de corte mantém-se em 1/2 para ambos os grupos, com sensibilidade de 69% e especificidade de 91% para o sexo masculino, e sensibilidade de 50% e especificidade de 96,2% para o feminino.

As áreas sob a curva ROC foram 0,82 (0,73-0,90), 0,81 (0,72-0,90) e 0,73 (0,28-1,18), para ambos os sexos, sexo masculino e sexo feminino, respectivamente.

- **Avaliação de desempenho de cada item do SRQ-A**

Analisamos o desempenho de cada um dos cinco itens do SRQ-A em termos de sensibilidade e

especificidade para detecção de casos positivos para transtorno por uso de álcool. Os resultados de sensibilidade e especificidade para os itens 1 a 5 são, respectivamente, 54,5% e 92,97%, 61,4% e 95,2%, 50% e 97,7%, 52,3% e 98% e 63,6% e 95%.

- **Propriedades psicométricas do SRQ-A**

O coeficiente de confiabilidade interna alfa de Cronbach foi 0,90. O coeficiente de correlação r de Pearson entre os itens do SRQ-A foram significativos para os 5 itens ($p < 0,001$), sendo que variou de 0,56 a 0,73, ou seja, com correlação de moderada a forte.

A análise fatorial pelo método de Análise de Componente Principal apresentou apenas um fator com *eigenvalues* maior que 1. Esse fator é responsável por 72,99% de variação da escala. Os valores de carregamento para os itens 1 a 5 foram, respectivamente, 0,81, 0,85, 0,85, 0,85 e 0,89.

Falsos-positivos e falsos-negativos

Sobre diagnósticos equivocados oriundos de instrumentos de rastreamento, Mari & Williams¹⁴ chamam a atenção que estes devem ser considerados como objeto de estudo, pois os falsos-positivos e falsos-negativos nem sempre derivam de problemas do instrumento.

Em relação ao SRQ-20, consideramos escore total igual ou menor que 7 como definidor de caso negativo e igual ou maior que 8, como positivo. Encontramos 37 casos de falsos-positivos e 19 de falsos-negativos. Dos casos de falso-positivo, 72,97% (27) eram mulheres e 27,02% (10) tinham diagnóstico e transtorno por uso de álcool e/ou drogas. Dos 19 casos de falso-negativo, 36,84% (7) eram mulheres e 36,84% (7) tinham diagnóstico positivo de transtorno por uso de álcool e/ou drogas.

Em relação ao SRQ-A, consideramos como caso positivo os que resultaram em escore igual ou menor que 1, e positivo, maior ou igual a 2. Houve 26 falsos-positivos e 14 falsos-negativos. Seis (23,08%) dos casos de falso-positivo tinham diagnóstico de transtorno por uso de álcool no passado e 10 (38,46%) eram mulheres.

Discussão

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Diferentemente da primeira validação no Brasil^{10,11} onde o ponto de corte para homens era menor (5/6) que para mulheres (7/8), não encontramos esta diferença em nossa amostra. Em nosso estudo o ponto de corte mais adequado para o SRQ-20 é 7/8, independente do sexo. Nesse escore, a sensibilidade para presença de transtorno mental não-psicótico é de 86,33% e a especificidade de 89,31%, com valores preditivos positivo e negativo de 76,43% e 94,21%, respectivamente.

Um dos motivos apontados naquela época para a diferença entre os sexos seria de que o ponto de corte menor para homens provavelmente deve-se ao comportamento destes em relação a problemas psicoemocionais e não a problemas inerentes ao instrumento. Ou seja, homens teriam mais dificuldades em expressar questões emocionais e pessoais de qualquer natureza, pois seriam socialmente entendidas como fraqueza¹⁴. Os fatores que possam ter contribuído para esta mudança precisam ser melhor averiguados, porém supõe-se estarem relacionados à mudança de papéis sociais de homens e mulheres e suas repercussões nas últimas duas décadas¹⁵.

No ponto de corte 7/8 obtivemos sensibilidade e especificidade um pouco acima das obtidas pela validação anterior no Brasil (86,33% *vs.* 83% e 89,31% *vs.* 80%) para presença de transtornos mentais não-psicóticos. Também foram valores superiores aos obtidos em outras validações disponíveis: sensibilidade entre 73% e 83% e especificidade entre 72% e 85%⁴. As duas últimas validações, no Chile¹⁶ e Vietnam¹⁷, obtiveram, respectivamente, sensibilidade de 76% e 85%, e especificidade de 73% e 61% nos pontos de corte que estabeleceram como ótimos para suas amostras.

Em relação ao poder de discriminação de rastreamento psiquiátrico de transtornos não-psicóticos do SRQ-20, ou seja, da sua capacidade de discriminar casos de não-casos, foram obtidos resultados muito satisfatórios, com 0,91 (0,88-0,94) de área sob a curva ROC. Este valor está um pouco acima dos obtidos na validação brasileira anterior (0,90) e no limite superior do intervalo de variação das validações de outros países (0,85 a 0,95)⁴.

Em relação às características psicométricas do instrumento, de uma forma geral apresentou-se muito favorável. O coeficiente alfa de Cronbach de 0,86 demonstra indiretamente boa compreensão das questões por parte dos entrevistados. Além disso, os fatores de carregamento foram significativos, com força de moderada a forte,

assim como a correlação inter-itens de Pearson que demonstrou significância menor que 0,001 entre a grande maioria dos itens. As exceções, que não parecem comprometer os resultados, foram os itens 11 e 14 que não se correlacionaram, respectivamente, aos itens 1, 2 e 1, 3.

Os menos itens 11 e 14 apresentaram os menores valores de carregamento na análise fatorial. Se esses achados representam um problema de fato inerente aos itens ou apenas causalidade precisa ser melhor averiguado. De qualquer forma, em relação ao item 14 (“*O(a) Sr(a). não é capaz de ter um papel útil na vida?*”), sabe-se que questões com negativas podem causar confusão na sua interpretação e compreensão. Da mesma forma, a outra questão com negativa do SRQ-20, a 16 (“*Acha que é uma pessoa que não vale nada?*”) apresentou a menor sensibilidade (31,85%) entre as 20. Esse fato foi relatado pelos aplicadores do SRQ deste estudo durante os encontros semanais com o responsável pelo estudo. Ou seja, uma nova redação das mesmas pode ser objeto de estudo futuro.

Por fim, quando comparamos o SRQ-20 com outro instrumento auto-respondido de rastreamento de transtornos não-psicóticos disponível, o PRIME-MD (*Patient Health Questionnaire*)¹⁸, o primeiro mostrou melhor sensibilidade (86,33% vs. 75%) e especificidade muito semelhante (89,31% vs. 90%). Ou seja, o SRQ-20 parece ser mais efetivo no rastreamento de transtornos não-psicóticos.

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-A)

O ponto de corte ótimo do SRQ-A derivado deste estudo para toda amostra, e para os dois subgrupos divididos por sexo, foi de 1/2. Nesse ponto, obtém-se sensibilidade de 68,2% e especificidade de 94,1% para toda a amostra. Na análise de cada item do SRQ-A, as sensibilidades não variaram muito (50% a 63,6%), ocorrendo o mesmo para as especificidades (92,97% a 98%).

O SRQ-A demonstrou propriedades psicométricas muito boas. Isso pode ser visto pelo coeficiente alfa de Cronbach de confiabilidade interna (0,90) e pela análise fatorial que resultou em um fator que responde por 72,99% de variabilidade da escala, assim como os altos valores de carregamento de cada item neste único fator. Além disso, a correlação inter-item foi significativa ($p < 0,001$) para todos os itens.

Valores não satisfatórios de sensibilidade para instrumentos de rastreamento de transtorno por uso de álcool em amostras da comunidade é uma conclusão não rara em outros estudos. Em relação ao CAGE, por exemplo, a sensibilidade pode variar de 43% a 100%, e a especificidade de 68%

a 96%. Esses parâmetros dependem bastante do tipo de amostra estudada, com uma tendência a apresentar melhor sensibilidade quando utilizados em indivíduos de centros de atendimento especializado, especialmente quando a especialidade é em saúde mental^{19,20}.

Falsos-positivos e falsos-negativos

Entre os 37 casos de falsos-positivos no SRQ-20, dois terços (27) eram mulheres. Em relação ao SRQ-A, dos 26 falsos-positivos 10 (38,46%) eram mulheres, o que é uma contribuição relativamente alta se considerarmos que apenas 2 mulheres tiveram diagnóstico positivo de transtorno por uso de álcool pelo SCID-IV-TR. Do total de 11 mulheres que resultaram em rastreamento positivo no SRQ-A, apenas 2 tiveram o diagnóstico confirmado pelo SCID-IV-TR. A maior contribuição do sexo feminino para aumento de falsos-positivos no SRQ está de acordo com outros estudos¹⁴.

Um pouco mais de um quarto (10) dos falsos-positivos no SRQ-20 era composto por indivíduos com diagnóstico de abuso/dependência de substâncias. Essa constatação poderia dever-se ao fato de que esses transtornos estão frequentemente associados ao tipo de sintomas avaliados pelo SRQ-20, embora não se possa afirmar.

Quase um quarto dos casos de falso-positivo no SRQ-A tinha diagnóstico de transtorno por uso de álcool no passado, o que pode derivar do fato de as perguntas de alguma forma reportarem situações passadas, apesar de se destinarem a rastrear transtorno atual.

Por fim, dos 19 casos de falsos-negativos no SRQ-20, quase metade (9) era composto por pacientes com transtornos por uso de álcool e outras substâncias. Esse achado está de acordo com conclusões de Goldberg²¹, quando sugeriu que os falsos-negativos obtidos em instrumentos de rastreamento são bastante influenciados por presença de transtornos por uso de substâncias, condições mais severas como esquizofrenia e por posturas defensivas do entrevistado (o que é comum em transtornos por uso de substâncias).

Conclusões

Um instrumento para rastreamento necessita de duas características fundamentais: bom desempenho em termos de discriminação dos casos positivos de negativos e efetividade para uso em larga escala. Ao final deste artigo, podemos concluir que o SRQ-20 contempla ambas. Trata-se de um instrumento de rápida e fácil aplicação, bem compreendido pelos pacientes (incluindo os de baixos níveis de instrução), muito barato, que

não requer a presença de um entrevistador clínico e com alto poder de discriminação de casos.

Dessa forma, consideramos que o SRQ-20 esteja recomendado para ser utilizado na atividade clínica por qualquer dos profissionais que dele necessite, visto que não prescinde de um aplicador clínico e que seu treinamento pode ser feito de forma individual e autônoma, e apresenta custo muito reduzido. Além disso, seu uso em ambientes de atendimento primário parece muito indicado, visto a alta concentração de pacientes com transtornos mentais nestes locais e a necessidade de diminuir os altos índices de subdiagnóstico.

Além disso, configura-se em uma valiosa ferramenta para estudos de prevalência psiquiátri-

ca, tão necessários no Brasil e em outros países em desenvolvimento. Parece muito indicado para estudos de base populacional e em centros de atendimento primário, cujo objetivo seja a identificação de casos psiquiátricos não-psicóticos.

Em relação ao rastreamento de transtorno por uso de álcool, o uso do SRQ-A como instrumento de rastreamento, ao menos em populações como a amostra deste estudo, apresentou sensibilidade não muito satisfatória para um instrumento de rastreamento. Entretanto, trata-se de um instrumento de propriedades psicométricas muito boas e de excelente especificidade em nossa amostra. Dessa forma, seu uso em amostras como as deste estudo parece útil levando-se em consideração a baixa sensibilidade.

Resumo

O SRQ (Self-Reporting Questionnaire) é um instrumento de rastreamento psiquiátrico originalmente composto por 30 itens. A versão brasileira do SRQ-20 (versão com as 20 questões para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos) foi validada no início da década de 1980. O objetivo deste estudo foi validar a versão brasileira do SRQ-20 e dos cinco itens de rastreamento de transtorno por uso de álcool oriundos do SRQ-30, comparando com entrevista psiquiátrica usando SCID-IV-TR (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR) como padrão-ouro. O estudo foi conduzido em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, com 485 indivíduos (54,8% mulheres, idade média 40,04). Os 5 itens de rastreamento de transtornos por uso de álcool mostraram sensibilidade baixa (66%). O SRQ-20 apresentou como ponto de corte ideal 7/8, com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%. O poder discriminante para diagnóstico psiquiátrico do SRQ-20 foi 0,91. O coeficiente Cronbach alfa foi 0,86.

Programas de Rastreamento; Estudos de Validação; Questionários; Saúde Mental

Colaboradores

D. M. Gonçalves contribuiu na elaboração e delineamento do projeto, pesquisa de campo, análise de dados e redação do artigo. A. T. Stein colaborou na supervisão da análise de dados e redação do artigo. F. Kapczinski participou na supervisão e orientação de todas as etapas.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento.

Referências

1. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. (World Health Report).
2. Sen B, Wilkinson G, Mari JJ. Psychiatric morbidity in primary health care: a two-stage screening procedure in developing countries. Choice of instruments and cost-effectiveness. *Br J Psychiatry* 1987; 151:33-8.
3. World Health Organization Expert Committee on Mental Health. Organization of mental health services in developing countries: sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva: World Health Organization; 1975. (Technical Reports Series, 564).
4. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10:231-41.
5. De Lima MS, Hotopf M, Mari JJ. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:316-22.
6. Reeler AP, Immerman R. A preliminary investigation into psychological disorders among Mozambican refugees: prevalence and clinical features. *Cent Afr J Med* 1994; 40:309-15.
7. Mumford DB, Saeed K, Ahmad I, Latif S, Mubashar M. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab. A community survey. *Br J Psychiatry* 1997; 170:473-8.
8. Hussain N, Creed F, Tomenson B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychol Med* 2000; 30:395-402.
9. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire; a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. London: Oxford University Press; 1972.
10. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985; 15:651-9.
11. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR – manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2002.
13. Biometrics Research Department, Columbia University. Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/scid/> (acessado em 09/Jul/2007).
14. Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chron Dis* 1986; 39:371-8.
15. Briscoe M. Sex differences in psychological well-being. *Psychol Med Monogr Suppl* 1982; 1:1-46.
16. Araya R, Wynn R, Lewis G. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27:168-73.
17. Giang KB, Allebeck P, Kullgren G. The Vietnamese version of the Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) in detecting mental disorders in rural Vietnam: a validation study. *Int J Soc Psychiatry* 2006; 52:175-84.
18. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, de Gruy FV, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272:1749-56.
19. Santos MB, Gailit Jr. A, Sato MT, Lawryniuk M, Sater JB, Czapak JC. Aplicação do método "CAGE" para estudo da prevalência e detecção precoce do alcoolismo em enfermarias gerais e especializadas de um hospital universitário. *Rev Bras Educ Med* 1994; 18:28-34.
20. Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Assoc Med Bras* 2001; 47:65-9.
21. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University; 1972.

Recebido em 16/Abr/2006

Versão final reapresentada em 17/Ago/2007

Aprovado em 30/Ago/2007