

Validade e confiabilidade da Escala de Estresse Psicológico de Kessler para idosos brasileiros: estudo transversal

Validity and reliability of Kessler Psychological Distress Scale for Brazilian elderly: a cross-sectional study

Validez y confiabilidad de la Escala de Estrés Psicológico de Kessler para ancianos brasileños: un estudio transversal

Gabriella Oliveira de Albuquerque Lins¹

ORCID: 0000-0002-3884-5805

Nathália Angel da Silva Lima¹

ORCID: 0000-0002-2450-1470

Girliani Silva de Sousa¹

ORCID: 0000-0002-0988-5744

Fernanda Jorge Guimarães¹

ORCID: 0000-0003-4618-3730

Iracema da Silva Frazão¹

ORCID: 0000-0002-4690-3753

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli¹

ORCID: 0000-0003-4934-1335

¹ Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

¹ Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Lins GOA, Lima NAS, Sousa GS, Guimarães FJ, Frazão IS, Perrelli JGA. Validity and Reliability of Kessler Psychological Distress Scale for Brazilian elderly: a cross-sectional study.

Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 2):e20200365.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0365>

Autor Correspondente:

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli
E-mail: jaqueline.albuquerque@ufpe.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 22-06-2020 Aprovação: 01-11-2020

RESUMO

Objetivos: verificar a validade e a confiabilidade da Escala de Estresse Psicológico para rastreio de sofrimento mental. **Métodos:** estudo transversal com 75 idosos. Utilizou-se escala de Estresse Psicológico e *Self Reporting Questionnaire*. Validade de critério foi verificada por meio da correlação de Spearman e de medidas de acurácia diagnóstica. Utilizou-se Coeficiente alfa de Cronbach para investigação da confiabilidade. **Resultados:** a consistência interna total da escala de Estresse Psicológico foi $\alpha=0,844$. A validade concorrente entre esse instrumento e o *Self Reporting Questionnaire* foi $\rho=0,722$ ($p<0,001$). O melhor ponto de corte para rastreio de sofrimento mental entre idosos foi escore total maior do que 14, com sensibilidade igual a 75,47% e especificidade igual a 85,0%. **Conclusões:** a escala apresentou-se robusta para rastreamento de sofrimento mental, dada a sua elevada confiabilidade, em termos de homogeneidade, e adequada validade de critério, cujo melhor ponto de corte para rastreio foi pontuação maior do que 14.

Descritores: Suicídio; Estresse Psicológico; Transtornos Mentais; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to verify the validity and reliability of the Psychological Distress Scale for screening mental distress. **Methods:** a cross-sectional study with 75 elderly people. Psychological Distress scale and Self Reporting Questionnaire were used. Criterion validity was verified using Spearman's correlation and diagnostic accuracy measures. Cronbach's alpha coefficient was used to investigate reliability. **Results:** the total internal consistency of the Psychological Distress Scale was $\alpha=0.844$. Concurrent validity between this instrument and the Self Reporting Questionnaire was $\rho=0.722$ ($p<0.001$). The best cut-off point for screening mental distress among elderly people was a total score greater than 14, with sensitivity equal to 75.47% and specificity equal to 85.0%. **Conclusions:** the scale was robust for screening mental distress, given its high reliability, in terms of homogeneity, and adequate criterion validity, whose best cut-off point for screening was a score greater than 14.

Descriptors: Suicide; Stress, Psychological; Mental Disorders; Aged; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: verificar la validez y confiabilidad de la Escala de Estrés Psicológico para el cribado del sufrimiento mental. **Métodos:** estudio transversal con 75 personas mayores. Se utilizó la escala y el cuestionario de autoinforme. La validez de criterio se verificó mediante la correlación de Spearman y las medidas de precisión diagnóstica. Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para investigar la confiabilidad. **Resultados:** la consistencia interna total de la escala fue $\alpha=0,844$. La validez concurrente entre este instrumento y Self Reporting Questionnaire fue $\rho=0,722$ ($p<0,001$). El mejor punto de corte para el cribado del sufrimiento mental fue una puntuación total > 14 , con una sensibilidad de 75,47% y una especificidad de 85,0%. **Conclusiones:** la escala fue robusta para el seguimiento del sufrimiento mental, dada su alta confiabilidad, en términos de homogeneidad, y adecuada validez de criterio, cuyo mejor punto de corte para el cribado fue una puntuación mayor a 14.

Descriptorios: Suicidio; Estrés Psicológico; Transtornos Mentales; Anciano; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O mundo está envelhecendo. A população idosa nas Américas representava 14,6% do total da população em 2017, e, em nível mundial, 12,0%, com previsão de duplicar até 2050 e triplicar até 2100⁽¹⁻²⁾. O cenário brasileiro merece atenção, pois sua população idosa já ultrapassou 30 milhões em 2017, e o segmento que mais cresce é o de 80 anos ou mais⁽³⁾. Os idosos, sobretudo aqueles acima de 80 anos, são acometidos por perda gradativa de autonomia física, emocional e social para realizar as Atividades da Vida Diária (AVD), que impactam de modo imperativo na qualidade de vida e no bem-estar desses indivíduos⁽⁴⁻⁶⁾.

Uma pesquisa de base populacional com idosos da Região Sul do Brasil mostrou prevalência de 36,1% de incapacidade funcional relacionada com atividades básicas, 34,0% para instrumentais e 18,1% para ambas. Ademais, maiores prevalências de incapacidade funcional foram observadas em idosos ≥ 80 anos⁽⁷⁾. Nesse sentido, a fragilidade e a perda da autonomia podem culminar em alterações psicológicas que levam ao surgimento ou agravamento de transtornos mentais, como transtornos de humor, em especial a depressão, e aumento do risco de suicídio⁽⁴⁻⁶⁾. Pesquisas evidenciaram elevada ocorrência de insônia, cansaço, fadiga, estresse, queixas somáticas, dentre outros, na população de idosos⁽⁸⁻¹⁰⁾. Tais sintomas caracterizam os Transtornos Mentais Comuns (TMC), comumente encontrados nos espaços comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento típico do indivíduo⁽¹¹⁾.

Estudos mostram forte associação entre transtornos mentais, sofrimento mental e suicídio na população idosa^(6,12). Ademais, autores ressaltam que a dependência de outras pessoas, a perda de autonomia e o isolamento social conduzem, por vezes, a opção de morte como alternativa. Somam-se a isso perdas financeiras e afetivas frequentes, e mudanças negativas que resultam em uma morte social e subjetiva, o que potencializa mais ainda o risco e o ato suicida⁽¹³⁾. Uma revisão sobre suicídio de idosos no Brasil evidenciou escassez de pesquisas na América Latina, especificamente no contexto brasileiro, relacionadas com a identificação do risco de suicídio⁽¹⁴⁾. Ademais, ainda é incipiente na Atenção Primária à Saúde (APS) a efetivação das políticas públicas que privilegiem a assistência à pessoa idosa, com a valorização do cuidado para a saúde mental dessa população.

Nesse ensejo, o enfermeiro na APS constitui importante profissional para prestar atendimento integral ao idoso e, por meio da sua formação, identificar o sofrimento mental e o risco de suicídio. Assim, possibilita diagnóstico precoce, tratamento adequado, garantindo a recuperação da dignidade da vida e (re) construção de novos projetos de vida para os idosos. O cuidado de enfermagem aos idosos com essa condição clínica favorece o rastreo precoce, sendo indispensável para a tomada de decisão e planejamento e implementação de intervenções de enfermagem adequadas para promoção da saúde mental, manejo do sofrimento mental e prevenção do suicídio da população idosa.

Nessa perspectiva, a utilização de instrumentos para rastreo de sofrimento mental de idosos na APS é um caminho para propiciar ao enfermeiro uma prática clínica segura para o planejamento de intervenções que considerem a multidimensionalidade do envelhecimento. Dentre os instrumentos voltados para rastreo

de sofrimento mental utilizados por diversas organizações mundiais, inclusive a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁵⁾, destaca-se a Escala de Estresse Psicológico de Kessler⁽¹⁶⁾, versão com seis (K6) e com dez itens (K10). Trata-se de um instrumento composto por itens sobre ansiedade e depressão que uma pessoa experimentou no período mais recente de quatro semanas⁽¹⁶⁾. Estudos com idosos canadenses⁽¹⁷⁾, australianos⁽¹⁸⁾ e adultos portugueses⁽¹⁹⁾ mostraram validade e confiabilidade adequada da referida escala.

Pesquisadores apontam que a utilidade de um instrumento está relacionada com a sua capacidade de apresentar resultados cientificamente robustos, e isso ocorre por meio de boas propriedades psicométricas. Além disso, ressaltam que tais propriedades devem ser averiguadas para uma população/situação particular, uma vez que é possível que um instrumento seja válido e confiável apenas para uma determinada população⁽²⁰⁻²¹⁾. Nesse sentido, embora esteja disponível em português brasileiro, há escassez de estudos sobre validade e confiabilidade da K10 no Brasil, e, até o momento, não foram encontradas publicações sobre validação da referida escala para população idosa brasileira, o que destaca a relevância desta pesquisa.

No cenário de assistência ao idoso, verifica-se que os cuidados estão baseados no modelo biomédico que privilegia ações curativas⁽²²⁾. Nesse sentido, as intervenções de enfermagem para essa população consistem, principalmente, em visitas domiciliares e no acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão. Dessa forma, ações de promoção à saúde mental e prevenção ao adoecimento psíquico ainda são escassas. Portanto, faz-se necessário ampliar as ações de enfermagem nessa área e a utilização de instrumentos válidos e confiáveis que subsidiem uma prática de enfermagem sistemática, científica e com melhor alcance de resultados. Assim, acredita-se que a escala poderá subsidiar as ações de enfermagem no cuidado a saúde mental do idoso, sobretudo na APS, pois é de fácil e rápida aplicação, baixo custo, além de fornecer informações sobre sintomas ansiosos e depressivos que nortearão as intervenções de enfermagem de forma mais eficaz.

OBJETIVO

Verificar a validade e a confiabilidade da Escala de Estresse Psicológico (K10) para rastreo de sofrimento mental.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no interior de Pernambuco, Brasil, no período de março de 2017 a junho de 2018. A pesquisa foi organizada de acordo com o *STROBE checklist: cross-sectional studies*.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta por idosos acompanhados nas respectivas unidades. A estimativa amostral foi calculada, de acordo com os seguintes parâmetros: população finita ($N=320$); prevalência do fenômeno (55,8%)⁽⁹⁾ e erro amostral de 10,0% (0,01). Dessa forma, a amostra foi estimada em 73 idosos. Adotou-se estratégia de amostragem naturalística⁽²³⁾, na qual a captação dos idosos foi realizada de forma consecutiva por meio dos seguintes critérios de inclusão: homens e mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, alfabetizados e acompanhados pelas equipes de saúde das respectivas UBS, no período de março de 2017 a junho de 2018. Foram excluídos usuários das unidades de saúde que apresentassem déficit cognitivo, desorientação espaço-temporal, alteração no nível de consciência ou que apresentassem algum desconforto físico que impossibilitasse ou dificultasse o preenchimento dos instrumentos.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados por pesquisadores treinados, por meio de entrevista, em um espaço reservado das UBS. Foram utilizados os seguintes instrumentos: roteiro com caracterização sociodemográfica, *Self Reporting Questionnaire* (SRQ - 20) e K10. O SRQ - 20 é instrumento autoaplicável, recomendado pela OMS para estudos na APS para rastreios de TMC e/ou adoecimento mental em virtude de sua fácil aplicação e do custo reduzido⁽²⁴⁾. Apresenta validade⁽²⁵⁾ e confiabilidade⁽²⁶⁾ adequadas para uso na população brasileira. Trata-se de questionário composto por 20 itens cujas respostas são dicotômicas (sim/não). Cada resposta afirmativa pontua com um ponto para compor o escore final por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não psicótico (sintomas depressivos, ansiosos e somáticos), e variam de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Para que seja identificada a presença de TMC em idosos, sugere-se pontuação maior ou igual a cinco pontos⁽¹⁷⁾.

Além disso, o SRQ - 20 possui um item referente ao pensamento suicida, que, por sua vez, é um importante indicador de risco de suicídio. Pesquisas têm destacado associação entre ideação suicida e maior risco de tentativas de suicídio e com o ato consumado, de modo que a presença de ideação e, principalmente, a presença de história de tentativas de suicídio têm sido consideradas como importantes preditores na avaliação frente ao risco de suicídio^(6,27). Dessa forma, neste estudo, o pensamento suicida foi avaliado a partir do questionamento: tem tido ideia de acabar com a vida? O participante que assinalou "sim" para esse item foi considerado com ideia suicida/risco de suicídio.

O sofrimento mental foi avaliado por meio da escala K10⁽¹⁶⁾. Esse instrumento é composto por dez itens sobre sintomas ansiosos e depressivos que uma pessoa experimentou no período mais recente de quatro semanas. Cada item é pontuado em uma escala cinco pontos (5 - O tempo todo; 4 - A maior parte do tempo; 3 - Parte do tempo; 2 - Um pouco; 1 - Nunca). Os valores possíveis variam de 10 a 50. Para o cálculo dos escores totais, deve-se, inicialmente, inverter a escala de cinco pontos e, posteriormente, efetuar o somatório das respostas⁽¹⁶⁾. Um estudo com idosos europeus sugere ponto de corte de 15 ou mais pontos para

considerar sofrimento mental, 19 a 22 para depressão menor e ≥ 23 pontos para depressão maior⁽¹⁷⁾.

No entanto, acredita-se que os idosos brasileiros possuem características distintas dos idosos europeus. Dessa forma, neste estudo, verificou-se o ponto de corte que melhor representasse a ocorrência de sofrimento mental na população idosa, tendo o SRQ - 20 como padrão-ouro.

Análise dos dados e estatística

Os dados foram organizados em uma planilha do software Excel por meio de dupla digitação, e analisados com o auxílio do SPSS, versão 26.0, e do MedCalc. A análise ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, estatísticas descritivas e analíticas. Quanto à verificação da confiabilidade da escala K10, foi utilizado o coeficiente alfa (α) de Cronbach referente à consistência interna do instrumento. A consistência interna – ou homogeneidade – indica se os itens de um instrumento medem a mesma característica⁽²⁰⁾. Valores de alfa maiores ou iguais a 0,80 indicam que o instrumento é confiável⁽²⁸⁾.

A validade dessa escala foi averiguada por meio da validade de critério a partir da comparação entre escores da K10 e escores do SRQ - 20 (validade concorrente). Entende-se por validade de critério a relação entre pontuações de determinado instrumento e algum critério externo amplamente aceito, com as mesmas características do instrumento em teste, que seja considerado padrão-ouro ou critério estabelecido. O instrumento é considerado válido quando seus escores correspondem aos escores do critério escolhido⁽²⁰⁾. O coeficiente de correlação rho (ρ) de Spearman foi aplicado para verificar essa propriedade. Valores de correlação maiores ou iguais a 0,40 sugerem correlação adequada⁽²⁹⁾. Além disso, verificou-se o ponto de corte da K10 para rastreio de sofrimento mental na população idosa por meio da análise da Curva ROC (*Receive Operator Characteristic*), medidas de sensibilidade, especificidade e os respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95,0% de Clopper – Pearson. Área Sob a Curva (*Area Under The Curve – AUC*) com valor maior ou igual a 0,80, elevada sensibilidade (verdadeiro positivo) e especificidade (baixo percentual de falso positivo) indicam adequada precisão do teste para medir determinado fenômeno⁽²³⁾.

Para verificar a associação entre as variáveis, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado nas frequências esperadas menores do que 20 e maiores do que cinco, ou Teste Exato de Fisher nas frequências esperadas menores do que cinco. Foi aplicado o Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a aderência das variáveis quantitativas à distribuição normal, cujos valores evidenciaram que as variáveis idade, anos de estudo, renda familiar, escores do SRQ - 20 e da K10 não apresentaram distribuição normal. Dessa forma, empregou-se o Teste U de Mann-Whitney para verificar a diferença de mediana dos escores dos instrumentos (SRQ - 20 e K10) entre os grupos. Foi adotado nível de significância (α) de 5,0%.

RESULTADOS

A idade dos idosos variou de 60 a 76 anos. A média foi de 66,21 anos ($\pm 4,22$). As faixas etárias mais frequentes foram 60 a 64 anos ($n=29$; 39,7%) e 65 a 69 anos ($n=26$; 35,6%). Houve predomínio de

mulheres 79,5% (n=58). Quanto à escolaridade, a média foi de 4,78 anos ($\pm 0,63$), e 50,0% da amostra apresentou até quatro anos de estudo. A renda familiar variou de R\$ 300,00 a R\$ 9.000,00. Mais da metade (n=39; 53,4%) recebe um salário-mínimo. A maioria é aposentada (n=53; 72,6%). A consistência interna total da K10 foi $\alpha=0,844$ (Tabela 1), o que evidencia elevada confiabilidade. A exclusão de nenhum item aumentou substancialmente o valor de alfa. Portanto, não se recomenda a exclusão de nenhum deles e se assegura que eles medem o mesmo fenômeno - sofrimento mental - de forma homogênea.

Tabela 1 - Confiabilidade da Escala de Estresse Psicológico de Kessler para idosos atendidos na Atenção Primária (n=73), Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2018

Itens da Escala de Estresse Psicológico de Kessler - K10	α^*	α^{**}
	0,844	
1. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu cansado sem nenhuma razão aparente?		0,839
2. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso?		0,837
3. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso ao ponto de nada o conseguir acalmar?		0,837
4. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu sem esperança?		0,839
5. Durante os últimos 30 dias com que frequência se sentiu irrequieto ou agitado?		0,834
6. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu irrequieto ao ponto de não conseguir parar quieto?		0,834
7. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu deprimido?		0,818
8. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu que tudo era um esforço?		0,824
9. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu tão triste que nada o conseguiu animar?		0,819
10. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu inútil?		0,814

Nota: *Alfa de Cronbach total da escala; **Alfa de Cronbach total da escala caso o referido item seja excluído.

A validade concorrente entre K10 e SRQ - 20 foi $\rho=0,722$ ($p<0,001$), o que indica forte correlação entre esses instrumentos e validade da K10 para medir sofrimento mental, tendo como padrão-ouro SRQ - 20. A análise dos pontos de corte da escala demonstrou AUC igual a 0,865 (IC 95%: 0,764 - 0,933; $p<0,0001$), o que evidencia adequada precisão da escala para rastreamento de sofrimento mental. Quanto à análise dos escores da K10, o melhor ponto de corte para rastreamento de sofrimento mental entre idosos (Tabela 2) foi escore total maior do que 14, com sensibilidade igual a 75,47% e especificidade igual a 85,0%. Observa-se que o ponto de corte maior do que 13 também apresentou elevada sensibilidade e especificidade, no entanto os Intervalos de Confiança (IC) dessas medidas foram maiores, além do limite inferior da especificidade estar próximo de 50,0%. Logo, com base nesses resultados, a partir do ponto de corte maior do que 14, é possível rastrear, corretamente, 75,47% dos casos de sofrimento mental, com taxa de falso positivo de 15,0%.

Tabela 2 - Pontos de corte da Escala de Estresse Psicológico de Kessler para rastreamento de sofrimento mental em idosos (n=73), Vitória de Santo Antão, Recife, 2018

Escore da K10	Sensibilidade (%)	IC 95%	Especificidade (%)	IC 95%
≥ 10	100,00	93,3 - 100,0	0,00	0,0 - 16,8
> 10	100,00	93,3 - 100,0	20,00	5,7 - 43,7
> 11	98,11	89,9 - 100,0	35,00	15,4 - 59,2
> 12	90,57	79,3 - 96,9	60,00	36,1 - 80,9
> 13	83,02	70,2 - 91,9	75,00	50,9 - 91,3
> 14	75,47	61,7 - 86,2	85,00	62,1 - 96,8
> 15	58,49	44,1 - 71,9	90,00	68,3 - 98,8
> 16	45,28	31,6 - 59,6	90,00	68,3 - 98,8
> 17	39,62	26,5 - 54,0	95,00	75,1 - 99,9
> 18	35,85	23,1 - 50,2	95,00	75,1 - 99,9
> 19	28,30	16,8 - 42,3	100,00	83,2 - 100,0
> 41	0,00	0,0 - 6,7	100,00	83,2 - 100,0

Nota: Sensibilidade (S); Especificidade (E); Intervalo de Confiança de Clopper - Pearson (IC 95%).

Tabela 3 - Fatores associados ao sofrimento mental em idosos na Atenção Primária (n=73), Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis independentes	Sofrimento mental		Valor de p*	OR**	Intervalo de Confiança 95%	
	Sim	Não			Limite inferior	Limite superior
Renda menor do que um salário						
Sim	6	0	0,039	--	--	--
Não	37	30				
Aposentadoria						
Sim	26	27	0,005	0,170	0,044	0,649
Não	17	3				
Dificuldades para dormir***						
Sim	32	15	0,032	2,909	1,080	7,834
Não	11	15				
Assustar-se com facilidade***						
Sim	25	9	0,018	3,241	1,206	8,707
Não	18	21				
Tremores nas mãos***						
Sim	15	3	0,015	4,821	1,253	18,554
Não	28	27				
Nervosismo/tensão/preocupação***						
Sim	39	13	$<0,001$	12,750	3,627	44,819
Não	4	17				
Dificuldades de digestão***						
Sim	24	9	0,029	2,947	1,100	7,900
Não	19	21				
Tristeza***						
Sim	19	2	$<0,001$	11,083	2,339	52,517
Não	24	28				
Choro frequente***						
Sim	18	3	0,003	6,480	1,700	24,694
Não	25	27				
Perda de interesse pela vida***						
Sim	13	0	0,001	--	--	--
Não	30	30				
Cansaço frequente***						
Sim	17	1	$<0,001$	18,962	2,357	152,553
Não	26	29				
Cansaço aos pequenos esforços***						
Sim	30	13	0,011	3,462	1,301	9,208
Não	12	18				
Sensações desagradáveis no estômago***						
Sim	31	12	0,013	3,378	1,265	9,025
Não	13	17				

Notas: *Teste Qui-Quadrado; **OR - Odds Ratio (razão de chance); ***Item do SRQ - 20.

Com relação aos resultados do adoecimento mental nos idosos, a média de pontos no SRQ - 20 foi de 7,18 ($\pm 4,07$) e a mediana, de 6,0 pontos. Percentual de 72,6% (n=53) apresentou pontuação sugestiva de TMC. Esses quadros apresentaram associação com sofrimento mental ($p < 0,001$ - Teste Exato de Fisher; OR=17,436; IC - 4,397 - 69,145), de maneira que idosos com sofrimento mental têm 17,436 vezes mais chance de desenvolver TMC. Sobre a escala K10, a média de pontos foi de 16,56 ($\pm 5,84$) e a mediana foi de 15,0. O sofrimento mental foi encontrado em 58,9% (n=43) da amostra. Casos sugestivos de depressão foram evidenciados em 15 participantes (20,5%), dos quais sete (9,6%) são sugestivos de depressão maior e 13 de depressão menor (17,8%). O sofrimento mental mostrou associação com renda menor do que um salário-mínimo, aposentadoria e com a maior parte dos itens do SRQ - 20, com destaque para nervosismo/tensão/preocupação, tristeza, choro frequente, cansaço frequente e sensações desagradáveis no estômago, uma vez que tais sinais/sintomas aumentaram substancialmente a chance de desenvolvimento de sofrimento mental (Tabela 3).

Quanto ao risco de suicídio, cerca de 16,43% referiram que já pensaram em tirar a própria vida. Esse fenômeno apresentou associação com quadros sugestivos de TMC ($p = 0,029$ - Teste Exato de Fisher), sofrimento mental ($p = 0,012$ - Teste Exato de Fisher; OR=9,969; IC: 1,211 - 82,051), quadros sugestivos de depressão ($p < 0,001$ - Teste Exato de Fisher; OR=27,500; IC: 5,809 - 130,189), mormente de depressão maior ($p < 0,001$ - Teste Exato de Fisher; OR=60,000; IC: 6,154 - 585,003).

Tabela 4 - Diferenças dos pontos médios dos escores da Escala de Estresse Psicológico de Kessler entre grupos de idosos na Atenção Primária (n=73), Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, 2018

Variáveis	Mediana	Pontos médios	Valor de p*
Escore (K10)			
Sexo			
Homens	13,0	25,63	0,019
Mulheres	15,0	39,94	
Aposentadoria			
sim	14,0	33,61	0,026
não	16,5	45,98	
Risco de suicídio			
sim	22,5	58,67	<0,001
não	15,0	32,74	
Transtorno Mental Comum			
sim	16,0	44,29	<0,001
não	12,0	17,68	
Escore (SRQ - 20)			
Sexo			
Homens	5,0	25,33	0,016
Mulheres	6,5	40,02	
Risco de suicídio			
sim	14,0	62,58	<0,001
não	6,0	31,97	
Sofrimento mental			
sim	8,0	48,19	<0,001
não	4,0	20,97	
Depressão maior			
sim	16,0	66,00	<0,001
não	6,0	33,92	
Depressão menor			
sim	9,0	48,23	0,034
não	6,0	34,57	

Nota: *Teste U de Mann-Whitney.

O sofrimento mental aumentou em aproximadamente dez vezes a chance de ter pensamento suicida/risco de suicídio, e pessoas com quadro sugestivo de depressão maior têm 60,000 vezes mais chance de ter ideia suicida/risco de suicídio. Além disso, foram demonstradas relações desse pensamento com itens do SRQ - 20, a saber: tristeza ($p < 0,001$ - Teste Exato de Fisher; OR=12,250; IC: 2,870 - 52,283); cansaço frequente ($p < 0,001$ - Teste Exato de Fisher; OR=10,200; IC: 2,570 - 40,480); sensações desagradáveis no estômago ($p = 0,009$ - Teste Qui-Quadrado; OR=10,645; IC: 1,293 - 87,607); dificuldade para tomar decisão ($p = 0,007$ - Teste Qui-Quadrado; OR=7,200; IC: 1,451 - 35,720); dificuldade para desempenhar AVD ($p = 0,010$ - Teste Exato de Fisher; OR=5,717; IC: 1,543 - 21,183); incapacidade de desempenhar papel útil na vida; e perda de interesse pela vida ($p = 0,032$ - Teste Exato de Fisher; OR=4,732; IC: 1,206 - 18,574).

Quanto às diferenças de escores da K10 e do SRQ - 20 entre grupos (Tabela 4), mulheres, aposentados, idosos com ideia suicida e com quadros sugestivos de TMC apresentaram, significativamente, maiores pontuações relacionadas com sofrimento mental. Sobre os escores do SRQ - 20, observaram-se maiores postos médios entre mulheres, pessoas com ideia suicida, sofrimento mental, quadros indicativos de depressão e depressão maior.

DISCUSSÃO

Estimativas sobre o envelhecimento populacional brasileiro indicam que em 2040 haverá 25.811.887 idosos no Brasil na faixa etária de 60 a 69 anos e 28.393.007 acima de 70 anos⁽³⁰⁾. Esses dados são semelhantes aos encontrados em outros países, onde se observa aumento de idosos mais velhos, em especial, aqueles acima de 70 anos⁽³¹⁾. Neste estudo, houve predomínio de idosos jovens na faixa etária de 60 a 69 anos, mulheres, aposentados e com renda mensal de um a dois salários-mínimos. Esse perfil se assemelha à realidade de outros municípios do Brasil^(9,32).

Quanto à validade e confiabilidade da escala K10, a mesma se mostrou válida e confiável para identificar sofrimento mental em idosos. Apresentou confiabilidade elevada semelhante a outro estudo de validação realizado com idosos portugueses⁽¹⁹⁾. A escala geral e seus respectivos itens apresentaram elevada consistência interna, o que indica que medem o mesmo fenômeno de forma consistente. Observou-se que a K10 mostrou correlação significativa com o SRQ - 20, questionário padrão-ouro para rastrear TMC/adoecimento mental, o que indica validade concorrente. Outros estudos também evidenciaram adequada validade da escala K10 para a população idosa⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Ademais, a escala apresentou elevada precisão para rastreio de sofrimento mental nessa população, dada a elevada área sob a curva ROC, cujo melhor ponto de corte (<14) foi semelhante ao encontrado em estudo anterior (≥ 15 pontos)⁽¹⁷⁾. Autores⁽²⁰⁾ têm destacado a necessidade de avaliação criteriosa sobre a validade de instrumentos de medida a fim de possibilitar a escolha de instrumentos adequados e precisos capazes de garantir resultados fidedignos, uma vez que a qualidade da informação pelos instrumentos depende, em parte, de suas propriedades psicométricas. Assim, observa-se que os resultados encontrados nesta pesquisa referentes ao adoecimento mental e risco de suicídio apresentam robustez, dada as propriedades psicométricas evidenciadas.

A prevalência do pensamento suicida foi elevada e apresentou associação significativa com sofrimento mental, quadros sugestivos de depressão maior e de TMC. O suicídio de idosos é um grave problema de saúde pública mundial. Pesquisadores evidenciaram que as taxas de óbitos por suicídio no Brasil aumentaram no período de 1990 a 2015, com alterações importantes em sua distribuição espacial. Foram notificados 205.431 óbitos por suicídio entre 1991 e 2015, ou a taxa de 5,3 óbitos por 100 mil habitantes, o que mostra uma média de um suicídio a cada 64 minutos no Brasil. As taxas que, anteriormente, se concentravam na Região Sul, abrangeram, ao longo do tempo, municípios das Regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste⁽³³⁾. Os pesquisadores afirmam que esse aumento pode estar relacionado à melhoria na qualidade das notificações sobre mortalidade ocorrida ao longo dos últimos anos no Brasil⁽³³⁻³⁴⁾.

Uma investigação longitudinal na Suécia encontrou prevalência de pensamento suicida de 4,8% na última semana, 6,7% nos últimos 30 dias, 11,2% no último ano e 25,2% ao longo da vida⁽³¹⁾. Uma pesquisa no nordeste brasileiro evidenciou que 3,9% dos idosos tiveram ideia de tirar a própria vida⁽⁹⁾. Os fatores associados foram semelhantes aos evidenciados na literatura^(13,35-36): sofrimento mental, quadros sugestivos de TMC, depressão, dificuldades para pensar com clareza e para tomar decisões, tristeza, choro frequente, sentimento de inutilidade, perda de interesse pela vida e alterações gastrointestinais. A maioria dos suicídios está relacionada a doenças psiquiátricas, das quais depressão, uso abusivo de substâncias e psicose são os fatores de risco mais relevantes^(6,37-38). No entanto, ansiedade, distúrbios relacionados à personalidade, alimentação e trauma, além de distúrbios mentais orgânicos, também contribuem para a ocorrência do suicídio⁽³⁹⁾. Outro estudo realizado com idosos na cidade de Teresina identificou relações afetivas fragilizadas, vida desprovida de sentido, depressão, uso abusivo do álcool, traços de personalidade impulsivo-agressiva e ocorrência de tentativas de suicídio anteriores, como fatores associados a tentativa de suicídio⁽⁴⁰⁾, o que corrobora os resultados apresentados no estudo.

Destaca-se uma elevada prevalência de TMC e sofrimento mental entre idosos desta pesquisa, em comparação com pesquisas anteriores^(9,32). Além disso, esta pesquisa encontrou associação entre gênero e TMC. Ademais, observaram-se maiores pontuações no SRQ - 20 e K10 nos grupos de mulheres, pessoas com risco de suicídio e com depressão maior. Estudos têm evidenciado que os TMC tendem a ser mais frequentes entre as mulheres e entre os mais pobres⁽⁴¹⁻⁴²⁾. Ademais, mulheres estão em maior risco para apresentar quadros sugestivos de depressão maior quando comparado aos homens⁽³¹⁾. Alguns autores argumentam que há aspectos que aumentam a vulnerabilidade de mulheres aos TMC e/ou sofrimento mental, com destaque para as condições socioeconômicas e estruturantes de vida que, influenciadas pelas relações desiguais de gênero, interagem de forma a aumentar e/ou explicar essa suscetibilidade entre as mulheres. Nesta perspectiva, acredita-se que os papéis femininos tradicionais, como papel de esposas, mães, filhas e avós, bem como o de cuidadora, quando aliados a fatores sociais que envolvem desemprego, situação de violência e condições precárias de vida e saúde, contribuem para o adoecimento mental das mulheres⁽⁴²⁾.

Uma revisão integrativa encontrou associação do suicídio ou ideação suicida em idosos que manifestaram ansiedade, sintomas

depressivos, depressão, doenças físicas, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e doenças crônicas⁽⁴³⁾. A literatura é unânime ao encontrar maiores índices de depressão em idosos com pensamento suicida^(31,44). A depressão pode aparecer como um sintoma ou como uma forma de adaptação a perda de autonomia e surgimento de doenças crônicas que impactam a qualidade de vida das pessoas idosas.

Diante do exposto, o uso do instrumento K10 em idosos pelos enfermeiros na APS se configura em estratégia potente para o rastreio precoce do sofrimento mental na população idosa. Ademais, a aplicação dessa ferramenta na prática de enfermagem pode fazer com que o enfermeiro se sinta preparado para cuidar da pessoa idosa de modo integral, valorizando não apenas a doença, mas, principalmente, as circunstâncias em que se dão os sintomas para elaboração de intervenções qualificadas direcionadas para a realidade desses indivíduos.

Limitações do estudo

Dentre as limitações do estudo, pode-se destacar o desenho do estudo do tipo transversal, que não permite avaliação da causa e efeito entre as variáveis estudadas e o reduzido tamanho da amostra. Além disso, a pesquisa foi composta por amostra por conveniência, com idosos que fazem uso de serviço de saúde da APS, não sendo possível generalizar as informações para a população idosa em outros contextos. Sugere-se a investigação das propriedades psicométricas da escala K10 em estudos epidemiológicos de base populacional em outros contextos assistenciais a fim de possibilitar o refinamento do referido instrumento para o rastreio de sofrimento mental na população idosa.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde, ou política pública

Os resultados do estudo contribuem para o incremento da prática do enfermeiro em saúde mental comunitária ao disponibilizar um instrumento válido e confiável. Contribuem, também, para que se estabeleça o planejamento de estratégias terapêuticas de cuidado em saúde mental aos idosos a fim de prevenir sofrimento emocional e comportamento suicida. Sendo assim, o estudo apresenta contribuições importantes na área de saúde pública, gerontologia, saúde mental e enfermagem.

CONCLUSÃO

A escala K10 se mostrou válida e confiável para verificar sofrimento mental em idosos na APS. Além disso, esse fenômeno apresentou associação com renda menor do que um salário-mínimo, aposentadoria, pensamento suicida e itens do SRQ - 20, com destaque para nervosismo, tristeza e cansaço frequente. Idosos com sofrimento mental apresentaram mais chance de desenvolver TMC. Observou-se um elevado percentual de pensamento suicida. Dentre as variáveis relacionadas com esse fenômeno, sofrimento mental e depressão maior aumentaram, consideravelmente, a chance de ideia suicida em idosos. Evidenciaram-se diferenças estatisticamente significantes quanto às pontuações no SRQ - 20 (mulheres, idosos com pensamento suicida e com

depressão maior) e na K10 (idosas, idosos sem aposentadoria, com pensamento suicida e com quadros de depressão maior), o que sinaliza a necessidade de as intervenções de enfermagem contemplarem essas especificidades com vistas ao alcance de melhores resultados em saúde mental.

FOMENTO

O presente estudo recebeu fomento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pernambuco (PIBIC/UFPE).

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization (PAHO). Health status of the population: health of older persons. [Internet]. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2016. [cited 2020 Apr 26]. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=1627&lang=en>
2. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789–858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
3. Minayo MCS. The imperative of caring for the dependent elderly person. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(1):247–52. doi: 10.1590/1413-81232018241.29912018
4. Robertson DA, Savva GM, King-Kallimanis BL, Kenny RA. Negative perceptions of aging and decline in walking speed: a self-fulfilling prophecy. *PLoS One*. 2015;10(4):e0123260. doi: 10.1371/journal.pone.0123260
5. Robertson DA, King-Kallimanis BL, Kenny RA. Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychol Aging*. 2016;31(1):71–81. doi: 10.1037/pag0000061
6. Sousa GS, Perrelli JGA, Manguera SO, Lopes MVO, Sougey EB. Clinical validation of the nursing diagnosis risk for suicide in the older adults. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34(2):21–8. doi: 10.1016/j.apnu.2020.01.003
7. Fariás-Antúnez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Disability related to basic and instrumental activities of daily living: a population-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e0217290. doi: 10.5123/s1679-49742018000200005
8. Ishikawa H. Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: the results of the World Mental Health Japan 2nd Survey. *J Affect Disord*. 2018;241:554–62. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.050
9. Silva PAS, Rocha SV, Santos LB, Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(2):639–46. doi: 10.1590/1413-81232018232.12852016
10. Santos GBV, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):e00236318. doi: 10.1590/0102-311x00236318
11. Goldberg DP, Huxley P. *Common mental disorders: a biosocial model*. London: Routledge; 1992.
12. Santos EDGM, Rodrigues GOL, Santos LM, Alves MES, Araújo LF, Santos JVO. Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. *Psicol, Conoc Soc* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 26];9(1):258–82. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-205.pdf>
13. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1751–62. doi: 10.1590/1413-81232015206.10962014
14. Sousa GS, Perrelli JGA, Botelho EB. Nursing diagnosis for Risk of Suicide in elderly: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39: e2017-0120. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0120
15. Kessler RC. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2010;19(Suppl 1):4–22. doi: 10.1002/mpr.310
16. Kessler RC. Screening for Serious Mental Illness in the General Population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):184–9. doi: 10.1001/archpsyc.60.2.184
17. Vasiliadis HM, Chudzinski V, Gontijo-Guerra S, Préville M. Screening instruments for a population of older adults: the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatr Res*. 2015;228(1):89–94. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.019
18. Anderson TM, Sunderland M, Andrews G, Titov N, Dear BF, Sachdev PS. The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) as a Screening Instrument in Older Individuals. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21(7):596–606. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.009
19. Pereira A, Oliveira CA, Bártolo A, Monteiro S, Vagos P, Jardim J. Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(3):729–36. doi: 10.1590/1413-81232018243.06322017
20. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649–59. doi: 10.5123/s1679-49742017000300022
21. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):925–36. doi: 10.1590/1413-81232015203.04332013

22. Nogueira IS, Acioli S, Carreira L, Baldissera VDA. Older adult care: permanent education practices of the Family Health Support Center. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03512. doi: 10.1590/S1980-220X2018022103512
23. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. 386p.
24. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinsk F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2008 [cited 2020 Apr 26];24(2):380-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>
25. Scazufca M, Menezes PR, Vallada H, Araya R. Validity of the Self-Reporting Questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(3):247-54. doi: 10.1007/s00127-008-0425-y
26. Santos KOB, Carvalho FM, Araújo TM. Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:6. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006100
27. Klonsky D, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
28. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-37. doi: 10.1007/BF02310555
29. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesth Analg*. 2018;126(5):1763-8. doi: 10.1213/ANE.0000000000002864
30. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):507-19. doi: 10.1590/1809-98232016019.150140
31. Fässberg MM. Epidemiology of suicidal feelings in an ageing Swedish population: from old to very old age in the Gothenburg H70 Birth Cohort Studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e26. doi: 10.1017/S2045796019000143
32. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(7):1415-26. doi: 10.1590/S0102-311X2013000700015
33. Palma DCA, Santos ES, Ignotti E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00092819. doi: 10.1590/0102-311x00092819
34. Cunha CC, Teixeira R, França E. Assessment of the investigation of ill-defined causes of death in Brazil in 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):19-30. doi: 10.5123/s1679-49742017000100003
35. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018;13:691-9. doi: 10.2147/CIA.S130670
36. Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(9):1427-39. doi: 10.1007/s00127-015-1051-0
37. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:1425. doi: 10.3390/ijerph15071425
38. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: a systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *J Affect Disord*. 2019;259:302-313. doi: 10.1016/j.jad.2019.08.054
39. Brådvik L. Suicide risk and mental disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9):2028. doi: 10.3390/ijerph15092028
40. Teixeira SMO, Martins JCO. O suicídio de idosos em Teresina: fragmentos de autópsias psicossociais. *Fractal, Rev Psicol*. 2018;30(2):262-70. doi: 10.22409/1984-0292/v30i2/5538
41. Borges TL, Kathleen MH, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Pública [Internet]*. 2015 [cited 2015 Apr 26];38(3):195-201. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/195-201/pt>
42. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Common mental disorders in adult women: identifying the most vulnerable segments. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(8):2543-54. doi: 10.1590/1413-81232018238.13652016
43. Oliveira JMB, Vera I, Lucchese R, Silva GC, Tomé EM, Elias RA. Aging, mental health, and suicide. an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):488-98. doi: 10.1590/1981-22562018021.180014
44. Roca M. Suicidal risk and executive functions in major depressive disorder: a study protocol. *BMC Psychiatr*. 2019;19:253. doi: 10.1186/s12888-019-2233-1