



PREVALÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO SOCIAL DO DISTRESSE EM UMA AMOSTRA POPULACIONAL

Marcelle Leite Mota¹

André Faro

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

RESUMO

A presente pesquisa analisou a prevalência do distresse em uma amostra representativa da população de uma capital brasileira, bem como possíveis relações com características sociodemográficas e de saúde dessa população. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e referente a hábitos de saúde, além da escala de distresse K10. Na análise dos dados se executou uma regressão logística, tendo como variável dependente o diagnóstico de distresse. Quanto aos resultados, a média geral da K10 foi de 19.2 pontos (Desvio-Padrão = 7.58) e aproximadamente 50% da amostra se situaram nos níveis grave ou muito grave. Sexo, região geográfica, faixa etária, tabagismo e doença crônica foram preditores significativos dos quadros mais severos de distresse no modelo logístico, o que constituiu o perfil de maior vulnerabilidade nessa população.

Palavras-chave

estresse, distresse, escala de Kessler K10, prevalência, distribuição social.

ABSTRACT

This research analyzed the prevalence of distress in a population sampling in a capital of a Brazilian state. Moreover, it was evaluated the relationship between the prevalence and the socio-demographic and health profiles. It was applied a questionnaire about socio-demographic and health habits informations, and the Kessler Screening Scale for Psychological Distress (K10). We performed a logistic regression, with the distress diagnostic as the dependent variable. The K10 mean was 19.2 points (Standard-Deviation = 7.58), and almost 50% of the participants showed severe or high severe levels of distress. In the logistic model, sex, geographic region, age, smoking, and chronic disease were significant predictors of distress, and these characteristics form the most vulnerable profile found in that population.

Keywords

stress, distress, K10 Kessler scale, prevalence, social distribution.

¹ Correspondência: Marcelle Leite Mota. Avenida 11 de junho, 685, CEP 04041-052. São Paulo - SP, Brasil. Contato: cellelm@gmail.com

PREVALENCE AND SOCIAL DISTRIBUTION OF DISTRESS IN A POPULATION SAMPLE

O estresse psicológico é categorizado como patológico quando ocorre desgaste do sistema adaptativo, o que afeta o bem-estar do indivíduo. Esse tipo de estresse, que se caracteriza pelo prejuízo ao ajustamento e à saúde como um todo, é denominado como distresse (Drapeau, Marchand, & Beaulieu-Prévost, 2012). O distresse afeta a saúde física, por exemplo, por meio do rebaixamento imunológico e infecções oportunistas (Marsland, Walsh, Lockwood, & John-Henderson, 2017) e em sua influência sobre o processo de cicatrização (Gouin & Kiecolt-Glaser, 2012; Maple, Chilcot, Lee, Simmonds, Weinman, & Mamode, 2015; Robinson, Jarrett, & Broadbent, 2015), além do que afeta sobre a saúde mental, especialmente no que tange à facilitação do desencadeamento ou cronificação de sintomas relacionados aos transtornos ansiosos e à depressão (Sunderland, Newby, & Andrews, 2012; Vasiliadis, Chudzinski, Gontijo-Guerra, & Prévile, 2015).

Uma das formas de se mensurar o distresse se dá por meio da Kessler Screening Scale for Psychological Distress (Escala K10). A K10 é composta por um conjunto de 10 itens sobre sintomas depressivos e ansiosos experimentados em um período mais recente de 30 dias. Utilizada para mensurar a ocorrência de distresse psicológico e, com isso, estimar a presença de transtornos mentais comuns numa população, a K10 detecta a frequência de eventos estressores e reações comportamentais, emocionais, cognitivas e psicossociais a essas situações (Kessler et al., 2002; Kessler et al., 2003; Mitchell & Beals, 2011).

A aplicação da K10 pode ser tanto para fins populacionais como para fins clínicos, fornecendo ao final o escore, que é o resultado da soma da pontuação de cada questão. A partir desse escore é possível estratificar os níveis de distresse em baixo, moderado, grave e muito grave. Finalmente, trata-se de uma escala considerada uma medida adequada para rastreamento e investigação de gravidade de transtornos do humor (Kessler et al., 2002; Kessler et al., 2003; Mitchell & Beals, 2011; Thelin et al., 2017; Tran et al., 2019).

Em estudos epidemiológicos realizados com a K10 nos Estados Unidos entre os anos 1997 e 2012, o distresse em nível moderado foi constatado em 10% a 15% da amostra (Forman-Hoffman et al., 2014; Muhuri, 2014). No Canadá, um levantamento populacional demonstrou que aproximadamente 4 em cada 10 pessoas apresentaram diagnóstico positivo de distresse (Caron et al., 2012). Na Austrália, num estudo realizado em 2007, 10% da população se encontrou no nível moderado de distresse (Slade, Grove, & Burgess, 2011). Na África do Sul, numa pesquisa realizada entre 2002 e 2004, obteve-se como resultado 10.7% da amostra em nível moderado (Myer, Stein, Grimsrud, Seedat, & Williams, 2008).

É interessante notar que mesmo havendo uma distância geográfica e cultural significativa, o índice de distresse foi semelhante nas diferentes populações. Essa percepção só é possível devido à realização de pesquisas com amostras populacionalmente representativas. Apesar disso, apenas 29% dos estudos com distresse no mundo têm esse delineamento amostral, o que demonstra a carência desse tipo de pesquisa (Kohrt et al., 2014). Um elemento que reforça essa carência é o fato de que se sabe que estudos com amostras populacionais se fazem necessários por realizarem um apanhado de perfis socioeconômicos distintos e diferentes acessos aos meios de tratamentos à saúde, o que constitui um fundamental retrato da saúde de uma população (Caron et al., 2012; Forman-Hoffman et al., 2014; Kessler et al., 2002; Kohrt et al., 2014; Mitchell & Beals, 2011; Muhuri, 2014; Terrez et al., 2011). Como se pode notar, esse panorama também é pertinente no campo da saúde mental, da Psicologia da Saúde e, particularmente, na temática do distresse.

A K10 já teve os seus itens traduzidos para 17 idiomas, viabilizando as aplicações e comparações com populações de todo o mundo. Entre os idiomas já traduzidos, está a versão em português, com aplicabilidade no Brasil (https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php). No entanto, ao se pesquisar nas bases de dados – PEPSIC, SCIELO e Portal da CAPES – constam apenas três publicações até o ano de 2017, sendo que todas são do ano de 2012 (Leal, Delgado, Mann, Strike, Brands, Khenti, 2012; Merchán-Hamann et al., 2012a; Merchán-Hamann, Brands, Strike, Mann, & Khenti, 2012b). Vale destacar que nenhuma delas buscou um levantamento populacional, tendo trabalhado com públicos específicos. Além disso, embora a K10 seja a medida mais aplicada para o distresse, no Brasil foram encontrados apenas três trabalhos sobre o assunto em nível populacional, mas eles utilizaram uma escala de faces, que não é considerada o modo mais adequado de medida para o fenômeno (Faro, 2015). Por isso, entende-se que seja evidente a pertinência de se realizar



pesquisas em nível populacional com a K10 no Brasil, pois possibilitará suprir uma lacuna específica, porém crucial, na temática do distresse.

Quanto à distribuição social do distresse, em relação ao gênero se sabe que as mulheres tendem a apresentar índices significativamente mais altos de distresse do que os homens em diferentes investigações (Slade et al., 2011; Vasiliadis et al., 2015). Quanto aos determinantes socioeconômicos, percebe-se uma relação entre altos níveis de distresse e níveis socioeconômicos mais baixos (Myer et al., 2008). Já a interação social positiva foi identificada como um fator que pode favorecer a diminuição dos níveis de distresse (Feng & Astell-Burt, 2016). Com isso, fica clara a importância de se estudar as diferenças dos níveis de distresse de acordo com o perfil sociodemográfico de uma população, a fim de que se alcance um melhor entendimento da variabilidade do fenômeno na sociedade.

Em resumo, entende-se que o distresse pode ser assumido como um objeto de estudo relevante para a psicologia da saúde, devido a sua influência no bem-estar psicológico e saúde de indivíduos e grupos. Ademais, no Brasil ainda há poucos estudos sobre esse tema e, como já citado, faltam pesquisas que retratem de modo confiável as características de sua ocorrência na população em geral. Dado o exposto, o objetivo da presente pesquisa foi obter dados sobre a prevalência do distresse na população de Aracaju (Sergipe, Brasil) e mapear suas possíveis relações com características sociodemográficas e de saúde dessa população.

Método

Participantes

O estudo foi de coorte transversal e populacional, e a coleta de dados ocorreu em 15 bairros da capital de Sergipe, Aracaju. A coleta foi realizada de forma controlada, buscando-se diferentes níveis de randomização. A cada região geográfica (Norte, Sul, Centro, Leste e Oeste) foram sorteados três bairros, destes foram selecionados dois quarteirões em avenidas principais de cada bairro. Somente um morador de cada residência foi entrevistado, havendo sempre uma alternância entre as casas para a aplicação do instrumento. A aplicação dos questionários foi feita em diferentes turnos e dias da semana, tendo sido administrados por meio de entrevista, com o intuito de viabilizar a participação de analfabetos ou indivíduos com dificuldades de leitura. Não participaram da pesquisa pessoas portadoras de transtorno mental incapacitante ou aqueles que, embora estivessem nos domicílios, não fossem residentes do local.

A amostra final ficou composta por 677 adultos, dentro de uma faixa etária de 18 a 65 anos, de ambos os sexos. A região Norte contou com 110 (16.2%) participantes, as regiões Centro e Leste, juntas, contaram com 137 (20.2%) participantes, a região Oeste contou com 175 (25.8%) participantes e a região Sul contou com 255 (37.7%).

Instrumentos e Procedimentos

Utilizou-se um questionário sociodemográfico com as seguintes informações: o sexo (masculino ou feminino), filhos (sim ou não), idade (em anos) e faixa etária (de 18 a 28 anos, de 29 a 42 anos, e de 43 a 65 anos), se está em um relacionamento conjugal (sim ou não), grau de escolaridade (até o fundamental, médio ou superior), professar alguma religião (sim ou não), renda média familiar nos últimos 3 meses (em reais e por estrato de renda: até ou igual a R\$ 2,000.00, de R\$ 2,001.00 a R\$ 3,800.00, de R\$ 3,801.00 a R\$ 8,000.00, e acima de R\$ 8,001.00), cor de pele autodeclarada (preta, parda, branca, amarela, indígena ou outras) e ocupação laboral (sim ou não). Outro questionário com questões referentes aos hábitos de saúde foi aplicado e contou com as seguintes questões: peso e altura autodeclarados (com os quais se calculou o Índice de Massa Corpórea, classificado em abaixo do peso, eutrófico, sobrepeso ou obeso), tabagismo (fumante ou não fumante), doença crônica diagnosticada por médico (sim ou não) e remédio controlado prescrito por médico (sim ou não).

A mensuração do nível de distresse foi realizada por meio do instrumento Kessler Screening Scale for Psychological Distress (K10), elaborado por Ronald Kessler em 2001 e traduzido para o português em 2008 (https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php). O instrumento é composto por 10 itens objetivos, em que as respostas podem variar entre: o tempo todo, a maior parte do tempo, parte do tempo, um pouco e nunca. A K10 se caracteriza como de autorrelato, respondida pelo sujeito

referente aos últimos 30 dias e sua pontuação varia entre 10 e 50 pontos. Os critérios de classificação do nível de distresse são: ausente ou baixo (até 15 pontos), moderado (16-21), grave (22-29) e muito grave (30-50).

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 0165.0.107.000-11 omissão para avaliação). O tema e o objetivo da pesquisa foram apresentados a todos os participantes antes do início da aplicação, que só teve início após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O grupo de entrevistadores foi composto por 10 duplas de estudantes de psicologia, previamente treinadas e também supervisionadas ao longo da coleta.

Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo programa SPSS (versão 19). Após o preenchimento dos dados no programa, foram feitos os ajustes e limpeza necessários para a utilização dos mesmos. Das variáveis sociodemográficas, de saúde, do escore total e dos níveis de severidade de distresse, foram obtidas as estatísticas descritivas (frequência percentual, médias e desvios-padrão).

Para a estatística inferencial foi conduzida uma análise de regressão logística, que utilizou como Variável Dependente (VD) o diagnóstico de distresse nos dois mais altos níveis de severidade fornecidos pela K10. O agrupamento de estratos de severidade que constituiu a VD ficou da seguinte forma: níveis ausente ou baixo e moderado codificados como 0 (zero) e grave ou muito grave codificado como 1 (um). O método de análise aplicado foi o Forward Stepwise (Wald) e os dados sociodemográficos e de saúde compuseram as variáveis explicativas (VI's), todas convertidas para formato nominal.

Resultados

Neste estudo 56.4% ($n = 382$) da amostra foi composto por mulheres, com 43.6% ($n = 295$) de homens. A idade média foi de 36 anos (D.P. = 4.38) e as faixas etárias ficaram da seguinte forma: de 18 a 28 anos com 35.2% ($n = 239$), de 29 a 42 anos com 33.2% ($n = 225$) e de 43 a 65 anos com 31.5% ($n = 213$). A cor de pele parda (45.1%; $n = 305$) foi predominante, seguida das cores de pele branca (28.4%; $n = 192$), preta (13.7%; $n = 93$) e amarela, indígena e outras (12.9%; $n = 87$). A maior parcela dos participantes tinha escolaridade em nível médio (44.2%; $n = 299$), seguido do superior (42.7%; $n = 289$) e fundamental (13.1%; $n = 89$). A maioria deles se encontra em algum relacionamento conjugal (68.4%; $n = 463$), não tinha filho (54.8%; $n = 371$), estavam ocupados laboralmente (80.5%; $n = 545$) e professavam alguma religião (71.8%; $n = 486$). A renda média familiar nos últimos 3 meses foi de R\$ 6,308.57 (DP = 6,763.35) e por intervalos de renda ficou assim distribuído: abaixo de R\$ 2,000.00 (29.8%; $n = 202$), de R\$ 2,001.00 até R\$ 3,800.00 (20.4%; $n = 138$), a partir de R\$ 3,801.00 até R\$ 8,000.00 (26.9%; $n = 182$) e acima de R\$ 8,001.00 (22.9%; $n = 155$). A maioria não fumava (89.4%; $n = 605$), não possuía doença crônica (80.9%; $n = 548$) e não fazia uso de remédio controlado (81.7%; $n = 553$).

Quanto ao distresse, a média geral de pontuação na K10 foi de 19.2 (DP = 7.58; Mín = 10 e Máx = 46 pontos). Por níveis de severidade, constatou-se que 41.5% ($n = 281$; M = 12.9 e DP = 1.64) ficou equivalente à classificação como ausente ou baixo, 28.8% moderado ($n = 195$; M = 18.3 e DP = 1.79), 16.5% grave ($n = 112$; M = 24.8 e DP = 2.35) e 13.1% muito grave ($n = 89$; M = 34.3 e DP = 4.43). Ao se aplicar o ponto de corte que divide a amostra no nível moderado (21 pontos), o diagnóstico do distresse ficou da seguinte forma: 70.3% abaixo ou igual a 21 pontos (níveis ausente ou baixo e moderado; M = 15.1 e DP = 3.18) e 29.7% acima de 21 pontos (níveis grave ou muito grave; M = 30.0 e DP = 5.82).

Nos resultados das análises de regressão logística (Tabela 1), o modelo preditivo respeitou os critérios de adequação da solução (Omnibus test = 98.784, $p < .001$; Hosmer e Lemeshow, $X^2 = 3.351$, $p = .895$; -2ll inicial = 769.717 e -2ll final = 724.736, Δ -2ll = 44.981), com variância explicada em 19.3% (Nagelkerke = .193) e capacidade preditiva de casos corretos em aproximadamente 75%. Os preditores significativos obtidos com a regressão logística foram: região de residência (Centro e Leste, OR = 5.7, Oeste, OR = 3.1, Norte, OR = 2.4, em comparação à Região Sul), sexo (feminino, OR = 2.1), faixa etária (até 28 anos, OR = 1.8; de 29 a 42 anos, OR = 2.4, em comparação à faixa a partir de 43 anos), doença crônica (sim, OR = 2.4) e tabagismo (sim, OR = 2.4) exibiram mais chances em compor o grupo pertencente a níveis grave e muito grave de distresse.



Tabela 1

Análise de Regressão Logística para o Distresse (níveis grave e muito grave de severidade na K10) segundo o Perfil Sociodemográfico e Hábitos de Saúde, Aracaju, SE, Brasil

Variáveis		F% (n = 677)	OR	IC 95%	p-valor
Sexo	Feminino	56.4 (382)	2.1	1.4 – 3.0	<.001
	Masculino	43.6 (295)	1	-	-
Idade	Até 28 anos	35.3 (239)	1.5	1.1 – 2.9	.018
	De 29 a 42 anos	33.2 (225)	2.4	1.5 – 3.8	<.001
	De 43 em diante	31.5 (213)	1	-	-
Região demográfica	Norte	16.2 (110)	2.4	1.4 – 4.1	.002
	Centro e Leste	20.2 (137)	5.7	3.4 – 9.5	<.001
	Oeste	25.8 (175)	3.1	1.9 – 4.7	<.001
	Sul	37.7 (255)	1	-	-
Doenças crônicas	Sim	19.2 (121)	2.4	1.4 – 4.2	.002
	Não	80.9 (548)	1	-	-
Tabagismo	Sim	10.6 (72)	2.4	1.5 – 3.8	<.001
	Não	89.4 (605)	1	-	-

Notas.

1. OR = razão de chances (*Odds Ratio*) e IC 95% = intervalo de confiança de 95%;
2. Dados do modelo: *Omnibus test* = 98.784, $p < .001$; *Hosmer e Lemeshow* = 3.351, $p = .895$; *Nagelkerke R* = .193 (19.3%), Percentual de casos corretamente preditos = 75%

Discussão

Quanto ao perfil sociodemográfico, constatou-se que a maior parte das variáveis teve uma distribuição próxima ao que se observou no Censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2010 para a cidade de Aracaju. Especificamente em relação a algumas variáveis centrais na composição populacional e para a análise de distribuição social, fez-se uma comparação dos valores do IBGE e deste estudo. Quanto ao sexo, houve um pequeno predomínio de mulheres (56%), o que se assemelhou ao que consta no Censo, com 54% do sexo feminino e 46% do masculino na população aracajuana. Na variável idade, as porcentagens obtidas com a amostra da pesquisa foram: 18-28 anos (35.3%), 29-42 anos (33.2%) e 43-65 anos (31.5%), ao passo que no Censo constam: 15-29 (40%), 30-49 (41%) e 50-69 (19%). Assim, apesar de não terem sido valores iguais, já que a distribuição de faixas etárias não foi a mesma entre o Censo e a amostra, podemos afirmar que a proporção foi aproximadamente similar.

Referente à variável religião, a proximidade das informações se manteve. Nesta investigação a distribuição se apresentou da seguinte forma: católica (49.9%), evangélico (17.4%) e umbanda/espírita/candomblé (4.7%). Já na população aracajuana, conforme o Censo 2010, a maioria era de católicos (71%), seguindo-se os evangélicos (15%), umbanda/espírita/candomblé (3%) e outras (11%). Outra característica da amostra que corroborou com o Censo, ainda que tenha ficado um pouco acima, é a predominância de participantes economicamente ativos. Neste estudo, viu-se que aproximadamente 80% exerciam algum tipo de atividade laboral, enquanto que, segundo o IBGE (2010), 67.1% dos indivíduos na cidade de Aracaju possuíam algum tipo de vínculo laboral. No entanto, ao se verificar dados mais recente obtidos pela Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLÓG) de Sergipe, realizado em 2016, em Aracaju a taxa de ocupados era de 83.9%, semelhante ao encontrado nesta pesquisa.

A amostra pode ser considerada como saudável no geral, já que obtivemos uma maior quantidade de participantes que não apresentavam doenças crônicas (80.9%) e não faziam uso de remédio controlado (81.7%). Além de apresentar um maior número de não fumantes (89.4%), que

segundo Nunes (2006), em um dossiê realizado sobre tabagismo, verificou-se nos estudos encontrados uma relação entre tabagistas e problemas de saúde mental.

Na variável cor de pele, segundo o informe epidemiológico Ano II N° VII realizado em 2010, a proporção em Aracaju era correspondente a aproximadamente 36% de brancos e 64% de negros

(pretos e pardos somados) (Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, 2016). Nesta pesquisa a porcentagem de pretos e pardos (58.7%) foi maior que a de brancos (28.4%). Apesar da porcentagem de pretos e pardos na amostra da pesquisa ter sido menor, devemos levar em consideração a presença de mais estratos, como indígena, amarela e outros, que juntos corresponderam a 12.9%. Assim, constata-se também a proximidade entre os valores.

A principal diferença encontrada nesta pesquisa se referiu à variável renda média familiar, pois, mesmo sendo em relação à família e não somente ao entrevistado, a média obtida pode ser considerada elevada (R\$ 6,308.57) para padrões brasileiros. Uma das justificativas desta discrepância seria o fato de que a amostra contou com uma maior parte de pessoas da região sul de Aracaju (37.7%), considerada nobre e de maior poder aquisitivo. Os bairros localizados na região Sul, como Jardins e 13 de Julho, por exemplo, são os bairros com maior renda mensal média por domicílio (acima de 10 salários mínimos) (Prefeitura Municipal de Aracaju, 2015). Torna-se pertinente destacar, então, que a distribuição de renda pode ter criado uma maior discrepância entre os dados obtidos com esta pesquisa e o que se observa quanto ao distresse na realidade aracajuana. Tal ressalva não anula a credibilidade do estudo, mas evidencia um elemento de ponderação em relação às interpretações aqui feitas.

Em suma, vê-se que, apesar de haver ressalvas, especialmente quanto à renda média familiar, a amostra da pesquisa conseguiu se aproximar de um retrato da distribuição social da realidade aracajuana. Entende-se que tal aspecto contribui para a maior robustez à representatividade dos resultados a respeito do distresse, conforme se discute a seguir.

Referente ao escore médio na K10, a amostra obteve uma pontuação de 19.2 (DP = 7.58; Mín = 10 e Máx = 46 pontos). Ao considerarmos que a escala varia de 10 a 50 na pontuação, 30 seria então o ponto médio na escala e, portanto, esta pesquisa se encontraria abaixo desse valor. Essa média também se encontra abaixo quando comparada ao estudo realizado em Brasília, com usuários de drogas, que obteve média de 26.4 (Merchán-Hamann et al., 2012a; Merchán-Hamann et al., 2012b). Porém, apesar de ser um estudo realizado no Brasil, não pode ser considerado o mais apropriado para comparação com os presentes dados, pois além de não se tratar de um estudo epidemiológico, foi realizado com uma população específica. Isto fica ainda mais claro quando avaliados os dados de um estudo realizado numa cidade do Canadá, com usuários de cocaína (Lévesque et al., 2016), no qual se encontrou a mesma média (M = 26.4) do estudo realizado em Brasília, ainda que o contexto socioeconômico dos dois países seja distinto.

No entanto, ao se comparar com as médias obtidas por um estudo epidemiológico realizado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) na Austrália em 2007, que obteve média de 14.5 pontos, a média desta pesquisa foi um pouco mais alta (Slade et al., 2011). Já em comparação a Myer et al. (2008), embora esses autores não tenham discriminado a pontuação média em seu trabalho, viu-se que 73% dos participantes adultos Sul-Africanos pontuaram entre 10 e 19 pontos (nível baixo de distresse), o que é similar ao que fora detectado em Aracaju.

Ao se analisar o distresse a partir dos níveis de severidade, percebeu-se que somando os níveis grave e muito grave, exatamente 30% da amostra foi constituído por casos de maior desgaste adaptativo, ou seja, 3 a cada 10 pessoas encontram-se na faixa de maior risco do distresse. Tal proporção, por exemplo, foi praticamente o dobro da encontrada por Myer et al (2008) na África do Sul, com amostragem similar à conduzida na presente pesquisa. Como ilustração desse impacto, estar no nível alto de distresse significa que estão mais expostos à presença de um transtorno mental (Thelin et al., 2017), além de apresentarem maior risco de mortalidade e maior vulnerabilidade social (Forman-Hoffman et al., 2014).

O modelo final da regressão logística, que avaliou a chance de compor esse grupo de maior risco (níveis grave ou muito grave de distresse) ao adoecimento segundo a distribuição social da amostra, detectou associações significativas com as variáveis sexo, região geográfica, faixa etária, presença de doenças crônicas e tabagismo. Em relação ao sexo, viu-se que as mulheres apresentaram



80% mais chance do que os homens (OR = 2.1). A literatura encontrada corrobora com o dado achado, ou seja, também se verificou uma maior taxa de mulheres com altos níveis de distresse em relação aos homens (Caron et al., 2012; Slade et al., 2011; Terrez et al., 2011; Vasiliadis et al., 2015).

Drapeau et al. (2012), em sua revisão, ainda apontou como possíveis justificativas para tal fenômeno: a genética e uma vulnerabilização das mulheres frente aos fatores de risco socioculturais.

A região Centro-Leste foi a que evidenciou mais forte associação com o distresse (OR = 5.7), mas as regiões Oeste (OR = 3.1) e Norte (OR = 2.4) também revelaram significância estatística. Ou seja, estas foram regiões com maior probabilidade de compor os grupos de maior severidade do distresse nesta pesquisa. Apesar de não se ter uma clara explicação para tal associação (região x distresse), é interessante notar que os bairros que se encontram nessas regiões são menos privilegiados economicamente em comparação à Região Sul de Aracaju (Prefeitura Municipal de Aracaju, 2015). Logo, entende-se que isso possa ser potencialmente explicado pela relação entre o status socioeconômico e o estresse, visto que há evidências robustas que apontam na direção de uma forte interação entre piores níveis socioeconômicos e maiores taxas de estresse (Caron et al., 2012; Drapeau et al., 2012; Myer et al., 2008).

A idade demonstrou associação significativa tanto na faixa até 28 anos (OR = 1.8), como na faixa etária 29-42 anos (OR = 2.2). Noutras palavras, os resultados apontaram que as intensidades da associação, isto é, os indivíduos até 42 anos obtiveram aproximadamente 2 vezes mais chances de compor o grupo entre os níveis mais graves da K10. Este resultado diferiu do encontrado em Montreal, pois lá as taxas mais altas ocorreram somente na faixa etária mais nova 15-24 (Caron et al., 2012). Vale destacar que no começo da idade adulta (época aqui compreendida desde os 18 anos, até os 42 anos, conforme categorização realizada nesta pesquisa) ocorre um período de alta produtividade funcional do ser humano e que o distresse elevado pode implicar problemas tanto na vida laboral, como na vida pessoal, tais como níveis altos de ansiedade (Sunderland et al., 2012) e no domínio social (Feng & Astell-Burt, 2016). Por esses motivos, acredita-se que a detecção de uma maior chance de distresse entre adultos, considerando-se a diferenciação entre os períodos iniciais, transição e término, é importante em virtude de seu impacto ostensivo em diferentes facetas da vida, com importante reverberação social.

Os portadores de doenças crônicas também exibiram maior probabilidade em se encontrar dentre os indivíduos com níveis mais severos de distresse (OR = 2.4), confirmando que é mais comum que pessoas que sofrem dessas doenças apresentem mais altas taxas de distresse. Sobre isso, reforça-se a evidência de que níveis severos de distresse podem estar ligados ao desencadeamento ou ao agravamento dessas enfermidades, tanto físicas, quanto mentais (Drapeau et al., 2012; Slade et al., 2011).

Tabagistas apresentaram quase três vezes mais chances de estar dentre aqueles que estavam nos quadros grave e muito grave de distresse (OR = 2.4). Este resultado corroborou com outro estudo realizado em Aracaju, porém, com a escala de faces e não com a K10 (Faro, 2015). Apesar dos instrumentos distintos, os resultados obtidos foram próximos. Tal resultado é reforçado também por um estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos, que verificou uma forte associação entre tabagismo e distresse (Kessler, 2011). Uma possível justificativa para essa associação é o caráter ansiogênico do tabagismo, sendo que o distresse tende a estar associado ao diagnóstico positivo de transtornos de ansiedade (Edwards et al., 2018; Sunderland et al., 2012).

Em resumo, viu-se que com a identificação dos principais preditores do distresse é possível prover um maior entendimento da distribuição social do fenômeno; ou seja, diferenças na condição de vulnerabilidade ao distresse. Nesta pesquisa também se identificou uma média de 19.2 pontos para o distresse na população aracajuana, o que representa um nível médio de severidade classificado como moderado.

Como limitação desta pesquisa, não foi possível obter dados mais aprofundados para explicar a associação entre a variável região e o distresse, sendo que se acredita que esta informação teria diferenciada relevância para agentes governamentais. Outro ponto limitante foi ocasionado pela variável renda, pois sua distribuição não retratou de modo próximo o que se esperava a partir do Censo 2010. Isso pode ter enviesado certos achados aqui obtidos em alguma medida (por exemplo, na

questão das regiões censitárias), o que impacta especificamente na capacidade de generalização das informações então obtidas.

Finalmente, entende-se que a escassez de estudos no Brasil utilizando a escala K10 e/ou com pesquisas epidemiológicas com o distresse inviabilizou maiores comparações nacionais ou regionais. Com efeito, para a continuidade de pesquisas na temática, sugere-se a realização de estudos sobre o distresse com amostras representativas em outras cidades do Brasil (capitais e municípios do interior). Tais ações certamente permitiriam um melhor acompanhamento da saúde pública no Brasil, já que o distresse se configura como um importante preditor de saúde física e mental.

Referências

- Astell-Burt, T., & Xiaoqi, F. (2016). What types of social interactions reduce the risk of psychological distress? Fixed effects longitudinal analysis of a cohort of 30,271 middle-to-older aged Australians. *Journal of Affective Disorders*, 204, 99-102. doi: 10.1016/j.jad.2016.06.041
- Caron, J., Fleury, M., Perreault, M., Crocker, A., Tremblay, J., Tousignant, M., ... & Daniel, M. (2012). Prevalence of psychological distress and mental disorders, and use of mental health services in the epidemiological catchment area of Montreal South-West. *BMC Psychiatry*, 1-12. doi: 10.1186/1471-244X-12-183
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*, 105-134. Available from: <http://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-understanding-prediction-and-control/epidemiology-of-psychological-distress>. doi: 10.5772/30872
- Edwards, J. P., Walsh, N. P., Diment, P. C., & Roberts, R. (2018). Anxiety and perceived psychological stress play an important role in the immune response after exercise. *Exercise Immunology Review*, 24, 26-34. PMID: 29461966
- Faro, A. (2015). Estresse e distresse: Estudo com a escala de faces em Aracaju (SE). *Temas em Psicologia*, 23 (2), 341-354. doi: 10.9788/TP2015.2-08
- Feng, X., Forman-Hoffman, V. L., Muhuri, P. K., Novak, S. P., Pemberton, M. R. Ault, K. L., & Mannix, D. (2014). Psychological distress and mortality among adults in the U.S. household population. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, In: *The CBHSQ Report*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385058/>
- Gouin, J.-P., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2011). The impact of psychological stress on wound healing: Methods and mechanisms. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 31(1), 81-93. <http://doi.org/10.1016/j.jiac.2010.09.010>
- Harvard Medical School. (2005). National Comorbidity Survey. Retrieved from https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Censo demográfico do Município de Aracaju – Sergipe. Available from: <http://www.cod.ibge.gov.br/4IB>
- Kessler R.C., Andrews G., Colpe L. J., Hiripi E., Mroczek D. K., Normand S. L., Walters, E. E., & Zaslavsky A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976. doi: 10.1017/S0033291702006074
- Kessler, R., Kohrt, B. A., Rasmussen A.; Kaiser, B. N., Lawrence, D., Mitrou, F., & Zubrick, S. R. (2011). Non-specific psychological distress, smoking status and smoking cessation: United States National Health Interview Survey. *BMC Psychiatry*, 11 (256), 1-13.
- Leal, E. M., Delgado, P. G. G., Mann, R., Strike, C., Brands, B., & Khenti, A. (2012). Estudo de comorbidade: Sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento, Macaé – Brasil. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21, 96-104.
- Lévesque, A., Roy, É., Jutras-Aswad, D., Zang, G., Artenie, A. A., & Bruneau, J. (2016). Examining the link between psychological distress, mental health disorders and sharing behaviors among cocaine users. *Addictive Behaviors*, 62, 54-59. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.06.004



- Marsland, A. L., Walsh, C., Lockwood, K., & John-Henderson, N. A. (2017). Os efeitos do estresse psicológico agudo sobre marcadores inflamatórios circulantes e estimulados: uma revisão sistemática e meta-análise. *Cérebro, Comportamento e Imunidade*, 64, 208-219.
- Maple, H., Chilcot, J., Lee, V., Simmonds, S., Weinman, J., & Mamode, N. (2015). Stress predicts the trajectory of wound healing in living kidney donors as measured by high-resolution ultrasound. *Brain, behavior, and immunity*, 43, 19-26. doi: 10.1016/j.bbi.2014.06.012
- Merchán-Hamann, E., Brands, B., Strike, C., Mann, R., & Khenti, A. (2012b). Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico, Brasília – Brasil. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21, 87-95.
- Merchán-Hamann, E., Leal, E. M., Musso, L. B., Estrada, M. G., Reid, P., Kulakova, O. V., ... & Domenech, D. (2012a). Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico en siete países de latinoamérica y uno del Caribe. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21, 87-95.
- Mitchell, C., & Beals, J. (2011). The utility of the Kessler Screening Scale for Psychological Distress (K6) in two American Indian communities. *Psychological Assessment*, 1-11. doi: 10.1037/a0023288
- Muhuri, P.K. (2014). Serious Psychological Distress and Mortality among Adults in the U.S. Household Population: Highlights. 2014 Aug 7. In: *The CBHSQ Report*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385058/>
- Myer, L., Stein, D., Grimsrud, A., Seedat, S., & Williams, D. R. (2008). Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. *Social Science & Medicine*, 66, 1828-1840. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.025
- Prefeitura Municipal de Aracaju. (2015). Aspectos socioeconômicos. In Prefeitura Municipal de Aracaju, Plano diretor de desenvolvimento urbano de Aracaju – diagnóstico municipal (pp. 1-35). Aracaju, Sergipe/ Brasil. Available from: <http://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/plano-diretor-vpreliminar-jul2015/CAPITULO-II-ASPECTOS-SOCIO-ECONOMICOS.pdf>
- Robinson, H., Jarrett, P., & Broadbent, E. (2015). Os efeitos do relaxamento antes ou depois da lesão da pele na recuperação da barreira cutânea: Um estudo preliminar. *Psychosomatic medicine*, 77 (8), 844-852.
- Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. (2016). Análise do resultado do indicador proporção de Internamentos por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) em Sergipe. Núcleo Estratégico da SES- NEST. Informe Epidemiológico Ano II, N° VII. Available from: http://www.observatorio.se.gov.br/saude/images/Informe_Epidemiológico_07_Saúde_da_população_negra_em_Sergipe.pdf
- Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLOG) de Sergipe. (2016). Aracaju em dados. Prefeitura Municipal de Aracaju. Available from: http://www.transparencia.aracaju.se.gov.br/archives/documentos_diversos/aracaju_em_dados.pdf
- Slade T., Grove, R., & Burgess, P. (2011). Kessler Psychological Distress Scale: Normative data from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 308-316.
- Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2012). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 56-61. doi: 10.1192/bjp.bp.111.103960
- Thelin, C., Mikkelsen, B., Laier, G., Turgut, L., Henriksen, B., Olsen, L. R., ... & Arnfred, S. (2017). Danish translation and validation of Kessler's 10-item psychological distress scale–K10. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(6), 411-416.
- Tran, T. D., Kaligis, F., Wiguna, T., Willenberg, L., Nguyen, H. T. M., Luchters, S., ... & Fisher, J. (2019). Screening for depressive and anxiety disorders among adolescents in Indonesia: Formal validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale–Revised and the Kessler psychological distress scale. *Journal of affective disorders*, 246, 189-194.

Vasiliadis, H-M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., & Prévile, M. (2015). 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). *Psychiatry Research*, 228, 89-94. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.019

Received: 06/21/2017
Accepted: 03/18/2019