

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIORUNIÃO
EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

Gustavo Henrique Silva Leão
Jackson Rafael Silva Leite
João Vitor Moutinho Moura
Paulo Henrique Poggiali Costa

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DOS QUESTIONÁRIOS PHQ-2
EPHQ-9 PARA ATRIAGEM DE DEPRESSÃO MAIOR NA
POPULAÇÃO**

IPATINGA

2012

Gustavo Henrique Silva Leão
Jackson Rafael Silva Leite
João Vitor Moutinho Moura
Paulo Henrique Poggiali Costa

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DOS QUESTIONÁRIOS PHQ-2 E PHQ-9 PARA A
TRIAGEM DE DEPRESSÃO MAIOR NA POPULAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Medicina do Instituto Metropolitano
de Ensino Superior como requisito parcial para
obtenção do grau de Médico.

Orientador: Prof. Paulo Brasil Rocha

IPATINGA

2012

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DOS QUESTIONÁRIOS PHQ-2 E PHQ-9 PARA A TRIAGEM DE DEPRESSÃO MAIOR NA POPULAÇÃO

Paulo Henrique Poggiali Costa¹, João Vitor Moutinho Moura¹, Gustavo Henrique Silva Leão¹, Jachson Rafael Silva Leite¹ & Paulo Marcos Brasil Rocha²

1. Acadêmicos do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior-IMES/ UNIVAÇO
2. Docente do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior-IMES/ UNIVAÇO

RESUMO

O Transtorno Depressivo Maior tem se mostrado uma entidade com importantes incidência e prevalência na atualidade. Estima-se que uma a cada oito pessoas no mundo sofre deste mal e que o mesmo caminha progressivamente para tornar-se a segunda causa mais comum de incapacidade na população mundial em 2020. Uma importante parcela desses pacientes procura a atenção primária em saúde como primeiro auxílio. Estima-se que cerca de 10% das consultas a nível ambulatorial estão relacionadas a sintomas depressivos e que a proporção de pacientes com Depressão Maior tratados pelo clínico é exatamente igual à do psiquiatra, fato que reforça a necessidade do profissional da clínica médica estar adequadamente capacitado para orientar cada caso. Sabe-se que esse transtorno vem sendo sucessivamente sub-reconhecido e sub-diagnosticado em virtude da existência de alguns fatores determinantes para dificultar a sua concretização, como características do paciente, fatores profissionais e fatores do provedor da saúde. Diante de tais evidências, foram instaurados alguns métodos para simplificar a triagem do Transtorno Depressivo Maior. O PHQ-9 é um destes artifícios, sendo composto por nove itens, em que os dois primeiros (falta de prazer ao realizar as atividades habituais e humor deprimido) delimitam a versão simplificada desse questionário: o PHQ-2. O presente trabalho se propõe a avaliar a eficácia desses questionários para a triagem de Depressão Maior através de uma observação dos resultados obtidos em diversos estudos que utilizaram esses questionários em distintos pacientes com idades variadas, inseridos em diferentes setores da prática médica.

Palavras-chave: Depressão. Screening. PHQ.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo acomete atualmente uma a cada oito pessoas e caminha progressivamente para tornar-se a segunda causa mais comum de incapacidade na população mundial em 2020, visto que se encontra consolidado na faixa etária entre 15 e 44 anos de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011).

Estima-se que cerca de 10% das consultas a nível ambulatorial estão

relacionadas a sintomas depressivos e que a proporção de pacientes depressivos tratados pelo clínico é semelhante à do psiquiatra, sendo cada vez mais relevante que o profissional da clínica médica esteja adequadamente capacitado para orientar cada caso (STAFFORD, 1993; REGIER, 2000).

O diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior tradicionalmente é feito de acordo com a utilização dos critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), no qual se observa uma dificuldade no reconhecimento dos pacientes que sofrem desse mal, gerando um grande número de falso-positivos. Diante de tal fato, foi descrito por Richardson o Patient Health Questionnaire (PHQ) (RICHARDSON et al., 2010). Instrumentos de triagem desse tipo têm um valor especial no contexto da atenção primária à saúde (YU et al. 2011).

O questionário PHQ-9 é um teste simples e preciso para o rastreamento de Depressão Maior em adultos, no qual se utiliza nove itens para a identificação desse transtorno em adolescentes e adultos (MACARTHUR, 2003; NEW ZEALAND GUIDELINES, 2009).

Uma versão simplificada usando somente as duas primeiras perguntas do PHQ-9 tornou-se uma ferramenta eficaz para o correto diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, o questionário PHQ-2. Tal questionário utiliza duas perguntas para avaliar os pacientes de acordo com humor deprimido e/ou anedonia (ZUCKERBROT, 2007; DELONG, 2008).

Comparado com o DSM-IV, considerado como padrão ouro para o diagnóstico de depressão, o questionário PHQ-2 obteve uma sensibilidade de 74% e especificidade de 75%. A sensibilidade e a especificidade foram de 96% e 82% respectivamente em comparação com o questionário PHQ-9 (DELONG, 2008).

O questionário PHQ-2 pode tornar-se uma metodologia útil na assistência médica à pacientes da atenção primária em saúde com a suspeita clínica de Depressão Maior em adultos e adolescentes (LOWE, 2005).

O presente trabalho teve como objetivo determinar se os questionários PHQ-2 e PHQ-9 são eficazes para o diagnóstico de Depressão Maior.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura através da utilização de estudos atualizados que abordam o uso dos questionários PHQ-2 e PHQ-9 para o

diagnóstico de Depressão Maior.

Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura, foi respeitada uma ordem para a execução de seus itens básicos.

Inicialmente houve a elaboração da pergunta norteadora do tema: “Os questionários PHQ-2 e PHQ-9 são eficazes para o diagnóstico de Depressão Maior?”. A partir dessa pergunta definiram-se quais seriam os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações a serem coletadas de cada estudo selecionado.

Em seguida, foi realizada busca na literatura. A busca foi efetuada no portal eletrônico on-line PubMed. Os descritores utilizados foram: “Depression”, “Screening”, “PHQ-2” e “PHQ-9”. Feita a busca, sucedeu-se leitura explanatória dos trinta e quatro estudos encontrados, havendo uma posterior seleção de vinte e um trabalhos dando-se preferência a artigos atualizados, publicados por conceituadas instituições.

DESENVOLVIMENTO

O Diagnóstico da Depressão

Dificuldades

Muitos fatores têm contribuído como obstáculos para que o médico da atenção primária, por exemplo, deixe de diagnosticar até 50% dos casos de depressão (SIMON, 1995). Dos quais, destacam-se alguns dos mais importantes:

- Fatores profissionais: leva-se em conta que a redução cada vez maior do tempo dedicado à consulta médica, que muitas vezes chega a durar 10 a 15 minutos apenas, torna a relação médico-paciente distante e superficial.
- Características do paciente: normalmente, os pacientes atendidos por clínicos apresentam depressão de menor gravidade, podendo passar despercebida facilmente por esse profissional. Além de preconceitos e resistências existentes contra a abordagem de tal questão, podendo gerar constrangimento tanto para o médico como para o paciente, em uma consulta estabelecida primordialmente para resolver outros problemas orgânicos, por exemplo.
- Fatores do provedor de saúde: entidades responsáveis por fornecer o acesso de

saúde à população, seja em âmbito público ou privado, dificultam cada vez mais a proximidade entre médico e paciente, considerando apenas o valor “bruto” de seus custos e dividendos, sem dar a mínima importância à otimização do aproveitamento dos recursos disponíveis e ao resultado para o paciente.

Diagnóstico objetivo da depressão

Grande parte dos casos de Depressão Maior é conduzida pelos clínicos responsáveis pela atenção básica à saúde. Com o objetivo de possibilitar uma condução adequada desses casos pelo clínico geral e diante da atual disponibilidade de opções terapêuticas efetivas e seguras para o tratamento de tal entidade, sociedades médicas especializadas desenvolveram métodos simples e práticos que permitem a estratificação do Transtorno Depressivo Maior pelo médico não especialista a um custo financeiro muito baixo para o sistema (VALENSTEIN, 2001).

São necessárias quatro condições para que um modelo de identificação e abordagem da depressão na população geral seja efetivo:

- Critérios de avaliação altamente precisos, rápidos, simples e informativos;
- Direcionamento preferencial às subpopulações consideradas de maior risco para depressão;
- Tratamento de pelo menos 80% dos pacientes identificados com depressão;
- Remissão da doença em pelo menos 85% dos casos.

Os três primeiros itens são viáveis ao se aplicar na prática, ao modo que o último, não. Ainda assim, a relação risco-benefício desse modelo mostra-se favorável, desde que os casos mais complexos ou com resposta insatisfatória ao tratamento inicial sejam rapidamente transferidos ao especialista (MUSSELMAN, 1998; LUSTMAN 2000).

Critérios do DSM-IV

O Transtorno Depressivo Maior pode ser identificado de acordo com os critérios do DSM- IV, definidos pela Associação Americana de Psiquiatria. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Tal classificação exige a vigência de cinco critérios dentre os nove tradicionalmente listados, os quais estão dispostos no Quadro 1, sendo dois deles tidos como critérios maiores (humor deprimido e

anedonia), dentre os quais um se faz obrigatório para a realização do diagnóstico. Os sintomas devem ocorrer na maior parte dos dias, por pelo menos duas semanas, com comprometimento significativo das atividades ocupacional e/ou social, sendo que não podem ser explicados por situações secundárias como luto, tristeza por perda que pode durar até dois meses, uso de medicamentos, consumo de álcool ou hipotireoidismo.

Quadro 1- Diagnóstico de depressão de acordo com o DSM-IV (modificado)

Humor deprimido na maior parte do tempo, quase todos os dias;
Perda de interesse ou prazer (anedonia) em todas ou quase todas as atividades (incluindo atividade sexual) na maior parte do tempo, quase todos os dias;
Alteração do apetite e / ou perda ou ganho espontâneo de peso (\pm 5% do peso em 30 dias);
Insônia ou hipersônia quase todos os dias;
Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
Fadiga ou sensação de perda de energia quase todos os dias;
Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e inadequada;
Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias;
Pensamento recorrente de morte (não apenas medo de morrer); ideação ou tentativa de suicídio.

Fonte: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.ed.

O PHQ-9

O PHQ-9 é um teste simples e preciso para a triagem de depressão em adolescentes e adultos, o qual é composto por nove itens, sendo que cada item gera um escore de 0 a 3. Como uma ferramenta de triagem, somando-se os 9 itens observa-se intervalo de pontuação de 0-27, como 0 – indicando nenhum sintoma depressivo e 27 – indicam todos os sintomas que ocorrem quase todos os dias, conforme mostra o Quadro 2 (ADEWUYA, 2006; WULSIN, 2002).

Quadro 2- Itens do PHQ-9 (modificado)

Durante as <u>últimas semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
	0	1	2	3
1- Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.				
2- Se sentir "para baixo", deprimido ou sem perspectiva.				
3- Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.				
4- Se sentir cansado/a ou com pouca energia.				
5- Falta de apetite ou comendo demais.				
6- Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a.				
7- Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.				
8- Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou inquieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.				
9- Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a.				
	Scoring For Use By Personel Only			
	_____+_____+_____+_____			
	= Total Score:			

Fonte: New York State Psychiatric Institute

O PHQ-2

Uma versão simplificada que usa as duas primeiras perguntas do PHQ-9. Tornou-se uma ferramenta eficaz para a efetiva triagem do Transtorno Depressivo Maior. O PHQ-2 é composto por duas perguntas para avaliar os pacientes de acordo com: (YU et al., 2011; KROENKE, 2003; WHOOLEY et al., 1997).

1. Humor deprimido, e / ou;
2. Falta de prazer nas atividades habituais.

Cada pergunta é marcada de 0-3, com 0 = nunca e 3 = todos os dias.

Comparado com o DSM-IV, considerado como padrão ouro, o PHQ-2 obteve uma sensibilidade de 74% e especificidade de 75% em um ponto de corte ≥ 3 , ao

passo que a sensibilidade e a especificidade foram de 96% e 82% respectivamente se considerado o PHQ-9 como padrão ouro (KROENKE, 2003).

Experiências obtidas com a utilização dos questionários PHQ-2 e PHQ-9

Em estudo realizado no Reino Unido em 2011 para avaliação da relevância de triagens para Depressão Maior em usuários de álcool e drogas, em uma amostra de 103 pacientes, foi observado que o PHQ-9 demonstrou maior acurácia diagnóstica se comparado ao PHQ-2. O PHQ-9 obteve uma sensibilidade de 81%, uma especificidade de 75%, valor preditivo positivo de 0,84 e valor preditivo negativo de 0,71. Por outro lado, o PHQ-2 se mostrou menos eficiente, com uma sensibilidade de 68%, uma especificidade de 70%, valor preditivo positivo de 0,54 e valor preditivo negativo de 0,57 (DELGADILLO, 2011).

Um estudo norte-americano, realizado pela American Heart Association (AHA) publicado em 2011, buscou avaliar a presença de Depressão Maior em pacientes pós-AVE (Acidente Vascular Encefálico) administrando-se os questionários PHQ-9 e PHQ-2. Um total de 460 pacientes foram diagnosticados com AVE em três hospitais, dos quais 164 se submeteram à pesquisa. Do total de participantes, 20 (12,2%) estavam deprimidos. O PHQ-9 se mostrou mais eficaz em um escore maior ou igual a 10, com sensibilidade de 80% e especificidade de 78%. O PHQ-2 se mostrou mais efetivo em um score maior ou igual a 2, com sensibilidade de 75% e especificidade de 76% (JANNEKE, 2012; ELINE, 2012; WILLIAMS, 2005).

De acordo com descrição de artigo da American Heart Association (AHA), a depressão é uma enfermidade comum em pacientes diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (KENDEL, 2010), tendo publicado recentemente sobre a importância do rastreamento da Depressão Maior em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) (ROLLMAN et al., 2010), defendendo a utilização do questionário PHQ-2, seguido pela utilização do questionário PHQ-9 para esses pacientes (SMOLDEREN, et al., 2009).

Um total de 503 pacientes com DAC foram elegíveis para depressão. A média de idade desse grupo foi de 58 ± 11 , e 29% eram do sexo feminino. Dos que foram selecionados com depressão, 20,4% tinha um PHQ-2 positivo ($\text{PHQ-2} \geq 1$).

Um total de 30,1% foi classificado com sintomas depressivos clinicamente relevantes, com uma pontuação no PHQ-9 ≥ 10 (KIM, et al., 2009).

Um estudo realizado nos Estados Unidos no ano de 2010 buscou detectar a presença de Depressão Maior em pacientes de três unidades cardíacas de um hospital geral de Boston. Um total de 4.783 pacientes foi admitido nas unidades, 3.504 receberam o PHQ-2 para o teste. Aproximadamente 9% desses pacientes obtiveram um escore maior ou igual a 3 e foram encaminhados para se submeterem a teste com o PHQ-9. Destes pacientes, 74,1% obtiveram um escore maior ou igual a 10, sugestivo de Depressão Maior (GILLIAN, 2010).

Phelan et al. (2010), descreveram a respeito do rastreamento de Depressão Maior em pacientes idosos na Atenção Básica dos Estados Unidos utilizando os questionários PHQ-2 e PHQ-9. Setenta e um pacientes com idade igual ou superior a 65 anos participaram da pesquisa, na qual todos completaram os questionários. Os participantes tinham idade média de 78 anos de idade, quase dois terços eram do sexo feminino, um terço eram não-brancos, e mais de três quartos tinham o ensino médio. Eles relataram terem pelo menos duas condições médicas crônicas, em média, com a hipertensão arterial, artrite e diabetes sendo as mais comuns (relatada por 63%, 49%, e 24%, respectivamente). Cerca de um quarto tinha um PHQ-9 de 10 ou superior com sensibilidade de 63% e especificidade de 82%. Um quinto apresentou uma pontuação no PHQ-2 de 3 ou mais, com sensibilidade de 63% e especificidade de 85%.

Um estudo norte-americano do ano de 2010 avaliou o uso do PHQ-2 para *triagem* de Depressão Maior em adolescentes usando o PHQ-9 e o Diagnostic Interview Schedule for Children Depression Modules (DISC-IV) como padrões ouro.

Em um total de 499 adolescentes com idade entre 13 e 17 anos, 444 completaram o teste. O PHQ-2 obteve uma sensibilidade de 96,2% de acordo com o PHQ-9 e 73,7% de acordo com o DISC IV. A especificidade foi de 82,3% para o PHQ-9 e 75,2% para o DISC IV. O valor preditivo positivo usando o PHQ-9 foi de 42 e 11,8 para o DISC IV. Os valores preditivos negativos para ambos os questionários, respectivamente, foram de 99,4% e 98,5% (RICHARDSON et al., 2010).

Um estudo de 2010, publicado pelo Hospital Geral dos EUA, constatou que o PHQ-2 e o PHQ-9 demonstraram bons índices de sensibilidade e especificidade para a detecção de Transtorno Depressivo Maior. Os pontos de corte considerados

como ótimos foram, para o PHQ-2, um escore maior ou igual a 3 e para o PHQ-9, um escore maior ou igual a 10 (KROENKE, 2010).

Um estudo realizado na cidade de Auckland, Nova Zelândia, teve o objetivo de validar o PHQ-2 e o PHQ-9 (SPITZER, 1999), utilizando o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) computadorizado como padrão de referência (JORDANOVA et al., 2004), onde a sensibilidade e a especificidade foram calculadas comparando os escores nos testes de triagem com o padrão de referência. A população estudada nesse estudo foi proveniente da atenção básica, contemplando um ambiente total de 2.642 pacientes. Foram analisadas as características demográficas da amostra em questão, sendo 1.611 (61%) dos pacientes do sexo feminino, 1.031 (39%) pertencentes ao sexo masculino e 1.881 (71%) de etnia europeia. Ao analisar os grupos pelo estado civil observou-se que 1.372 (51,9%) dos pacientes eram casados, 623 (23,6%) solteiros, 276 (10,4%) vivem em união estável, 159 (6%) divorciados, 205 (7,8%) viúvos e 7 (0,3%) possuem estado civil desconhecido.

Foi testada a validade do PHQ-2 e PHQ-9, comparando-os com o padrão de referência CIDI e do pós-teste. A avaliação das perguntas do PHQ-2 mostrou-se muito sensível para o diagnóstico de Depressão Maior quando comparado com o CIDI, com sensibilidade de 0,96 e 0,86 para os limiares maior ou igual 1 e 2, respectivamente. O preço pago por essa alta sensibilidade, no entanto, foi uma modesta especificidade de 0,60 e 0,78, respectivamente. No ponto de corte comumente usado, maior ou igual a 3 para o PHQ-2, a sensibilidade foi de 0,61 e a especificidade foi de 0,92. O PHQ-9, em comparação, teve sensibilidades semelhantes, mas especificidades boas, 74 % e 91% respectivamente. A constatação de que uma pontuação no PHQ-9 maior ou igual a 10 foi mais eficaz na detecção de casos de Depressão Maior que a determinação original do PHQ-9 (ou seja, com 5 questões de marcar maior ou igual a 2, incluindo pelo menos uma das primeiras 2 perguntas) sugere que o critério original pode ser demasiadamente rígido para a prática clínica (ARROLL, 2010).

Foi realizado um estudo de corte prospectivo na cidade de Utrecht, na Holanda, no qual foram inclusas análises transversais. Os dados foram recolhidos em sete grandes práticas gerais no centro da Holanda, onde 1.338 indivíduos foram recrutados na sala de prática de espera geral, independentemente da sua queixa apresentada. A precisão diagnóstica (área sob a curva ROC, sensibilidades e

especificidades para vários limiares) foi calculada com base em um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior determinado com o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (KURDYAK, 2005).

No total, 3.089 pacientes foram convidados a participar do estudo PREDICT-NL, dos quais 83 não preencheram os critérios de inclusão, principalmente ($n = 75$) porque tiveram problemas em entender a língua holandesa. Um adicional de 8 pacientes foram excluídos porque o clínico geral confirmou que os mesmos tinham demência ($n = 5$), psicose ($n = 2$), ou retardo mental ($n = 1$). Dos 3.006 pacientes elegíveis, 1.338 (44,5%) assinaram termo de consentimento informado e participaram do estudo. As razões para não participarem foram principalmente a falta de tempo e de interesse no estudo (KURDYAK, 2005).

O algoritmo categórico do PHQ-9 mostrou uma especificidade de 0,98 e sensibilidade de apenas 0,28. Baseado nisso foi definido um algoritmo ajustado para incluir categoricamente as respostas aos dias consecutivos com sintomas presentes. Isto resultou em uma sensibilidade de 0,84 e especificidade de 0,81, valores próximos aos encontrados aos analisados por um limiar de 6.

O limiar de 3, comumente utilizado para o PHQ-2, mostrou uma especificidade de 0,94 e sensibilidade de 0,42. Tal como acontece com o PHQ-9, limiares mais baixos apresentaram valores mais equilibrados de sensibilidade e especificidade, notando-se que um limiar de 2 resultou em uma sensibilidade de 0,81. Neste limiar, a probabilidade a priori (prevalência) de 13% foi aumentada para uma probabilidade posterior de 34% (KING, 2010).

Um estudo brasileiro do ano de 2009 realizado com mulheres inseridas no contexto da atenção primária (FLECK, 2002) à saúde analisou o uso dos questionários PHQ-2 e PHQ-9 para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior considerando o SCID-IV como padrão ouro. A amostra era formada por 177 mulheres, sendo 60 com diagnóstico de Depressão Maior previamente firmado e 117 sem o diagnóstico.

De acordo com o DSM-IV o diagnóstico de Depressão Maior foi firmado em 100% dos casos ($n=60$) das pessoas que apresentaram PHQ-9 considerado positivo para depressão. Das pessoas que apresentaram um PHQ-9 considerado negativo para depressão, 98% ($n=115$) foram excluídas do diagnóstico. Tal questionário obteve um valor preditivo positivo de 97% e um valor preditivo negativo de 100%. O mesmo estudo acusou que, de acordo com o DSM-IV, 96.6% dos

pacientes com critérios positivos no PHQ-2 obtiveram diagnóstico de Depressão Maior. O valor preditivo positivo foi de 81% e o valor preditivo negativo foi de 98%. O mesmo estudo indicou que o PHQ-9 mostrou-se mais eficiente em um ponto de corte maior ou igual a 10, enquanto o PHQ-2 mostrou-se mais eficaz em um ponto de corte entre 3 e 4 (OSÓRIO, 2009).

A partir da análise dos resultados obtidos referentes aos estudos aqui expostos, torna-se evidente que tanto o PHQ-9 quanto o PHQ-2 contam com bons índices de sensibilidade e especificidade para a triagem de Depressão Maior quando comparados a outros testes diagnósticos. Observa-se também a existência de uma concordância entre os resultados, os quais apontam maior efetividade diagnóstica para o PHQ-9 diante de um escore maior ou igual a 10, onde se nota elevações nas taxas de especificidade quando comparadas aos índices referentes a escores menores. O mesmo ocorre para o PHQ-2 em se tratando de um escore maior ou igual a 3. Os valores mencionados (10 e 3) correspondem aos pontos de corte comumente utilizados na aplicação dos questionários, considerados como “ótimos”.

No que se refere à atenção primária à saúde, um artigo publicado em 2010 observou a validação dos questionários PHQ-2 e PHQ-9 para rastreamento de Depressão Maior nessa população. O PHQ-2, quando comparado ao CIDI, apontou sensibilidade de 0,96 e 0,86 para os limiares de 1 e 2, respectivamente. No limiar comumente utilizado de 3, a sensibilidade foi de 0,61 e a especificidade de 0,92. Os pontos fortes do estudo baseiam-se no fato de que todos os pacientes eram submetidos aos cuidados primários e todos receberam a referência padrão CIDI imediatamente após o teste de triagem com o PHQ-2 (ARROLL, 2010).

Nesse sentido, um estudo realizado em 2010 para analisar a validação do PHQ-2 e PHQ-9, comparando os seus critérios em diferentes limiares de pontuação, em pacientes com sintomas depressivos inseridos na atenção primária revelou que o PHQ-9 teve boa confiabilidade teste-reteste, e que os sintomas mais graves da doença estiveram relacionados à piora do estado funcional, dias de doença e número de consultas com o clínico geral. Entretanto, a precisão para a detecção diagnóstica no limiar recomendado de 10 mostrou-se pobre, e a redução do limiar, além de pequenos ajustes no algoritmo categórico mostraram uma melhoria considerável da sensibilidade, à custa de uma especificidade reduzida. Ao comparar

as sensibilidades e especificidades observadas em outros estudos, observa-se resultados mistos na literatura existente. Uma revisão sistemática do PHQ-9 na atenção primária encontrou uma sensibilidade combinada de 0,77 (IC 95%: 0,71-0,84) e uma especificidade combinada de 0,94 (IC 95%: 0,90-0,97) para o algoritmo do diagnóstico.

O PHQ-2 apresentou um nível semelhante de precisão (sensibilidade e especificidade) quando um limiar foi reduzido para 2 ao invés de 3. O limiar máximo de 3 para o PHQ-2 apresentou baixa sensibilidade em comparação com outros estudos de cuidados primários (LOWE, 2004), enquanto outros estudos mostraram resultados semelhantes.

Observou-se um acentuado número de estudos que abordaram a aplicação do Patient Health Questionnaire em pacientes cardiopatas. A constatação de que um PHQ-2, considerado positivo para a Depressão Maior está relacionado com o aumento das taxas de mortalidade, em um período de 12 meses, dos pacientes hospitalizados devido a doenças cardíacas (BRUCE et al. 2012) reforça a importância dessa questão.

O PHQ-9 é um instrumento de triagem mais completo se comparado ao PHQ-2. Neste sentido, Gillian (2010) encaminhou os pacientes que obtiveram um escore maior ou igual a 3 no PHQ-2 para posterior avaliação com o PHQ-9, dos quais 74% apresentaram uma pontuação maior ou igual a 10. Essa questão pode remeter ao PHQ-9 uma maior precisão diagnóstica se comparado à sua versão simplificada, como confirma Delgadillo (2011).

Não foram constatados dados numéricos que comprovem que os questionários PHQ-2 e PHQ-9 são facilmente aplicáveis. Toda via, os resultados apontados pelos estudos não indicaram maiores restrições ou dificuldades no que tange à aplicação dos mesmos, o que remete ao Patient Health Questionnaire, em suas duas versões, um bom grau de aceitabilidade pelos seus aplicadores e pelos pacientes. De encontro a tais evidências, nota-se que esse instrumento foi testado por diversos ramos da atuação médica, em variados grupos de pacientes e em diferentes faixas etárias.

Além dos múltiplos grupos de pacientes, já mencionados no presente artigo, o PHQ foi testado para a triagem de depressão em pacientes com epilepsia (MARGROVE et al., 2011), em pacientes portadores de doença renal crônica e GYAMLANI et al., 2011), em pacientes com doença de Parkinson (CHAGAS et al.,

2011), em mulheres grávidas (SMITH et al., 2010) e em portadores de HIV (MONAHAN PO, 2008). No tocante ao seu uso mediante a distintos grupos etários, oPHQ foi testado para a triagem de depressão em idosos (LI et al., 2007) e em adolescentes, como descrito anteriormente, mas também por Borner et al. (2010).

CONCLUSÃO

O Patient Health Questionnaire, tanto em sua versão mais completa (PHQ-9), quanto em sua versão simplificada (PHQ-2), demonstrou ser um objeto eficaz na triagem do Transtorno Depressivo Maior. Tal constatação confere grande valor a este instrumento, apontando-o como uma ferramenta efetiva para o diagnóstico de Depressão Maior em diversas esferas da atuação médica, em especial para o clínicogereral.

Esses indícios são de grande relevância para a comunidade médica, ao passo que o Transtorno Depressivo Maior exerce importante impacto sobre a população global, com altos índices de prevalência, morbidade e significativas taxas de suicídio. Assim, o Patient Health Questionnaire, tanto em sua versão mais completa (PHQ-9), quanto em sua versão simplificada (PHQ-2), é uma ferramenta útil e eficaz no rastreio para diagnóstico de depressão na população geral em nível de atenção primária, melhorando a qualidade de vida e o estado funcional dos pacientes, podendo interferir na redução da morbi-mortalidade da incapacidade.

REFERÊNCIAS

ADEWUYA AO, OLA BA, AFOLABI OO: Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. **J Affect Disord.**, 96:89-93, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4.ed. Text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

ARROLL B, CRENGLE S, GUNN J, KERSE N. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. **Ann Fam Med**. 8:348-353, 2010.

BORNER I, BRAUNSTEIN JW, ST VICTOR R, POLLACK J. Evaluation of a 2-question screening tool for detecting depression in adolescents in primary care. **Clin Pediatr (Phila)**. Oct;49(10):947-53, 2010.

CHAGAS M.H., CRIPPA J.A., LOUREIRO S.R, HALLAK J.E, MENESES-GAYA C, MACHADO-DE-SOUSA JP, RODRIGUES GR, FILHO AS, SANCHES RF, TUMAS V. Validity of the PHQ-2 for the screening of major depression in Parkinson's disease: two questions and one important answer. **Aging Ment Health**. Sep;15(7):838-43, 2011.

DELGADILLO, J. et al: How reliable is depression screening in alcohol and drug users? A validation of brief and ultra-brief questionnaires. **Journal of Affective Disorders**, 134, 266–27, 2011.

DELONG E.R, DELONG D.M, CLARKE-PEARSON D.L: Comparing the areas under two or more correlated receiver operating characteristic curves: a nonparametric approach. **Biometrics**, v. 44, n. 3, pp. 837-845, 1988.

ELINE L: An Efficient Way to Detect Poststroke Depression by Subsequent Administration of a 9-Item and a 2-Item Patient Health Questionnaire. **Stroke**;43:854-856, 2012.

FLECK, M. P. A., LIMA, A. F. B. S., LOUZADA, S., SCHESTASKY, G., HENRIQUES, A., BORGES, A., et al. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil [Translation]. **Revista de Saúde Pública**, 36(4), 431– 438, 2002.

GILLIAN SOWDEN. Detection of depression in cardiac inpatients: Feasibility and results of systematic screening. **Am Heart J**;159:780-7, 2010.

GYAMLANI G, BASU A, GERACI S, LEE F, MOXEY M, CLARK M, DUBBERT PM. Depression, screening and quality of life in chronic kidney disease. **Am J Med Sci.** Sep;342(3):186-91, 2011.

JANNEKE M. DE MAN-VAN GINKEL: An Efficient Way to Detect Poststroke Depression by Subsequent Administration of a 9-Item and a 2-Item Patient Health Questionnaire. **Stroke**, 43:854-856, 2012.

JORDANOVA V, WICKRAMESINGHE C, GERADA C, PRINCE M. Validation of two survey diagnostic interviews among primary care attendees: a comparison of CIS-Rand CIDI with SCAN *ICD-10* diagnostic categories. **Psychol Med.** 34(6):1013-1024,2004.

KENDEL F, WIRTZ M, DUNKEL A, LEHMKUHL E, HETZER R, REGITZ-ZAGROSEK V. Screening for depression: Rasch analysis of the dimensional structure of the PHQ-9 and the HADS-D. **J Affect Disord.** May;122(3):241-6, 2010.

KIM G. SMOLDEREN, DONNA M. BUCHANAN, ALPESH A. AMIN, KENSEY GOSCH. Real-World Lessons From the Implementation of a Depression Screening Protocol in Acute Myocardial Infarction Patients : Implications for the American Heart Association Depression Screening Advisory. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, 4;283-292, 2011.

KING M, NAZARETH I. The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, 11:98. 2010.

KROENKE K, ROBERT L. SPITZER. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. **General Hospital Psychiatry**, 32, 345–359, 2010.

KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB. The Patient Health Questionnaire- 2: validity of a two-item depression screener. **Med Care**; 41(11):1284-1292, 2003.

KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med.**;16:606–613, 2001.

KURDYAK PA, GNAM WH: Small signal, big noise: performance of the CIDI depression module. **Can J Psychiatry**, 50:851-856, 2005.

LI C, FRIEDMAN B, CONWELL Y, FISCELLA K. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. **J Am Geriatr Soc.** Apr;55(4):596-602, 2007.

LOWE B, KROENKE K, GRAFE K: Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). **J Psychosom Res**, 58: 163-171, 2005.

- LUSTMAN, P.J. et al. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. **Diabetes Care**, v.23, n.5, p.618-23, 2000.
- MARGROVE K, MENSAH S, THAPAR A, KERR M. Depression screening for patients with epilepsy in a primary care setting using the Patient Health Questionnaire-2 and the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy. **Epilepsy Behav.** Aug;21(4):387-90, 2011.
- MONAHAN PO, SHACHAM E, REECE M, KROENKE K, ONG'OR WO, OMOLLO O, YEBEI VN, OJWANG C. Validity/reliability of PHQ-9 and PHQ-2 depression scales among adults living with HIV/AIDS in western Kenya. **J Gen Intern Med.** Feb;24(2):189-97, 2009.
- MUSSELMAN, D.L. et al. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. **Arch Gen Psychiatry.**, v.55,n.7, p.580-92, 1998.
- OSÓRIO F.L, MENDES A.V, CRIPPA J. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary HealthCare. **Perspectives in Psychiatric Care** v. 45, n. 3, July 2009.
- PHELAN E. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. **BMC Family Practice**, 11:63, 2010.
- REGIER, D.A. et al. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. **Arch Gen Psychiatry.**, v.50, n.2, p.85-94, 1993.
- RICHARDSON LP, ROCKHILL C, RUSSO JE, et al. Evaluation of the PHQ-2 as briefscreen for detecting major depression among adolescents. **Pediatrics**;125: 1097- 1103, 2010.
- ROLLMAN BL, HERBECK BELNAP B, MAZUMDAR S, HOUCK PR, HE F, ALVAREZ RJ, SCHULBERG HC, REYNOLDS CF 3RD, MCNAMARA DM. A Positive 2-Item Patient Health Questionnaire Depression Screen Among Hospitalized HeartFailure Patients is Associated With Elevated 12-Month Mortality. **J Card Fail.** Mar;18(3):238-45, 2012.
- SIMON, G.E.; VONKORFF, M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. **Arch Fam Med.** v.4, n.2, p.99-105, 1995.
- SMITH MV, GOTMAN N, LIN H, YONKERS KA. Do the PHQ-9 and the PHQ-2 accurately screen for depressive disorders in a sample of pregnant women? **GenHosp Psychiatry.** Sep-Oct;32(5):544-8, 2010.
- SMOLDEREN KG, SPERTUS JA, REID KJ, BUCHANAN DM, KRUMHOLZ HM, DENOLLET J, VACCARINO V, CHAN PS. The association of cognitive and somatic depressive symptoms with depression recognition and outcomes after

myocardial infarction. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, 2: 328–337, 2009.

SPITZER RL, WILLIAMS JB. Validation and utility of a self-report version of the prime-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. **Patient Health Questionnaire. JAMA**, 282(18):1737-1744, 1999.

SPITZER RL, KROENKE K. Patient health questionnaire – 9: this section for use by study personnel only. Disponível em <http://www.workingforwellness.org.uk/wp-content/uploads/2009/12/Portuguese-PHQ-91.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2012.

STAFFORD, R.S. et al. National Patterns of Depression Treatment in Primary Care. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, v.2, n.6, p211-216, 2000.

VALENSTEIN, M. et al. The cost-utility of screening for depression in primary care. **Ann Intern Med.**, v.134, n.5, p.345-60, 2001.

WHOOLEY MA, AVINS AL, MIRANDA J, BROWNER WS: Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. **J Gen Intern Med**, 12:439-445, 1997.

WILLIAMS LS, BRIZENDINE EJ, PLUE L, BAKAS T, TU W, HENDRIE H, et al. Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. **Stroke**;36:635– 638, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular diseases**. Fact sheet number 137. WHO: 2007. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/print.html>. Acesso em jan 2011.

WULSIN L, SOMOZA E, HECK J: The Feasibility of Using the Spanish PHQ-9 to Screen for Depression in Primary Care in Honduras. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, 4:191-195, 2002.

YU X, STEWART SM, WONG PT, LAM TH. Screening for depression with the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) among the general population in Hong Kong. **J Affect Disord**. Nov;134(1-3):444-7, 2011.

ZUCKERBROT RA, MAXON L, PAGAR D, et al. Adolescent depression screening in primary care: feasibility and acceptability. **Pediatrics**; 119:101-108, 2007.

ABSTRACT

Major Depressive Disorder has been an important entity with incidence and prevalence nowadays. It is estimated that one in eight people in the world suffer from this condition and that it moves progressively to become the second most common cause of disability in the world population in 2020. A significant proportion of these patients seek primary health care as first aid. It is estimated that about 10% of outpatient consultations are related to depressive symptoms and the proportion of patients with major depression treated by the clinician is exactly equal to the psychiatrist, which reinforces the need for professional medical clinic being properly trained for guiding each case. It is known that this disorder has been successively under-recognized and under-diagnosed due to the existence of some factors to hinder their achievement, as patient characteristics, factors and factors of professional health provider. Faced with such evidence, some methods were put in place to simplify the sorting of Major Depressive Disorder. The PHQ-9 is one of these devices, consisting of nine items, in which the first two (lack of pleasure to carry out daily activities and depressed mood) delimit the simplified version of the questionnaire: the PHQ-2. This study aims to evaluate the effectiveness of these questionnaires for screening major depression through observation of results obtained in different studies using these questionnaires in different patients with varying ages, inserted in different sectors of medical practice.² e “PHQ-9”.

Key words: Depression. Screening. PHQ.