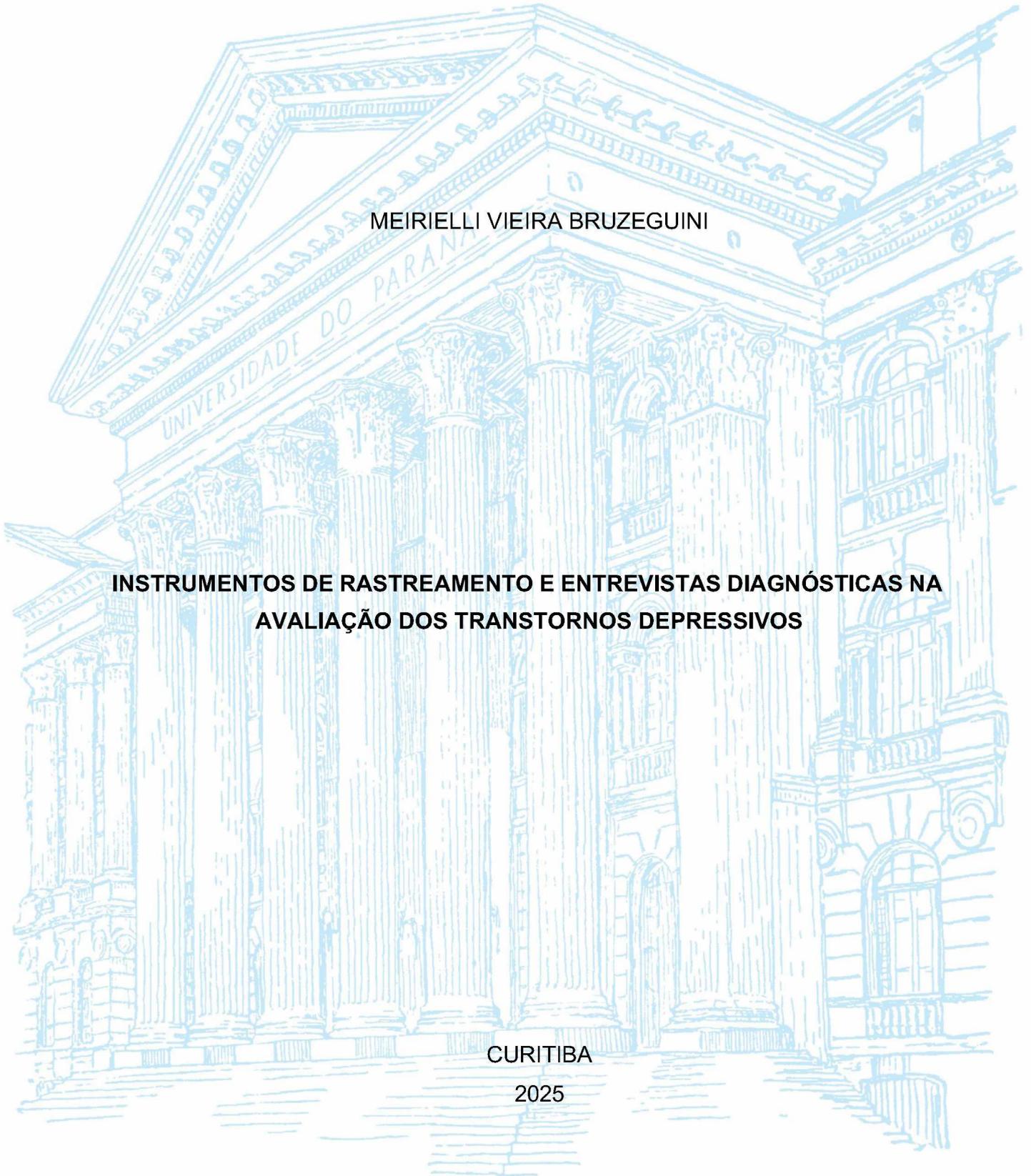


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
ESPECIALIZAÇÃO EM PERÍCIAS MÉDICAS

MEIRIELLI VIEIRA BRUZEGUINI

**INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO E ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS NA  
AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS**

CURITIBA  
2025



MEIRIELLI VIEIRA BRUZEGUINI

**INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO E ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS NA  
AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS**

Artigo apresentado à Especialização em Perícias Médicas, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador: Prof. Rafael Garcia de Paula

CURITIBA

2025

Ao meu amado pai (*in memoriam*), por todo afeto e por me transmitir valores e ideias que guiam minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha mãe, **Eliete**, cuja presença carinhosa ilumina cada momento da minha vida. Sou grata pelos ensinamentos e por nunca medir esforços para que eu possa seguir em frente e sonhar!

Ao meu esposo, **Giuseppi**, meu melhor amigo e parceiro da vida, agradeço pelo companheirismo, pela compreensão incondicional e por estar ao meu lado em todas as jornadas.

Aos professores Dr **Thiago Dias Sarti** e Dr<sup>a</sup> **Maria Carmen Viana**, que me orientaram durante o doutorado, expresso minha mais sincera gratidão. Sou grata pelo acolhimento, pelas orientações valiosas e, acima de tudo, por me fazerem acreditar que esse caminho era possível.

Agradeço imensamente às pessoas que cruzaram meu caminho durante o curso de Pós-graduação em Perícias Médicas na UFPR. Em especial, agradeço à Kátia, por seu acolhimento, sua dedicação e todo o apoio oferecido ao longo desse período.

Por fim, aos colegas que conheci durante o curso, deixo minha gratidão pelas trocas de experiências e pelos aprendizados compartilhados.

*“A persistência é o caminho do êxito”.*

*Charles Chaplin.*

## RESUMO

**Introdução:** Os transtornos depressivos têm alta prevalência global, causando incapacidade e prejuízos econômicos, especialmente em países de baixa e média renda, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) essencial na abordagem dessas questões como porta de entrada para o acesso ao cuidado. **Objetivos:** Identificar os principais instrumentos de rastreamento e entrevistas diagnósticas mais empregados em pesquisas com pacientes da APS com sintomas depressivos. **Métodos:** Este estudo foi uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados LILACS e MEDLINE entre outubro e dezembro de 2020. Foram selecionados artigos sobre APS que utilizaram instrumentos para rastreamento e/ou diagnóstico de transtornos depressivos. A análise foi realizada por meio de planilhas padronizadas, avaliando títulos, resumos e textos completos. **Resultados:** Após os critérios de elegibilidade, foram selecionados 413 artigos, identificando 22 instrumentos de rastreamento e diagnóstico da depressão na APS. O *Patient Health Questionnaire* foi o mais citado como rastreamento, e a *Mini International Neuropsychiatric Interview* como entrevista diagnóstica. Predominaram estudos publicados após 2011, realizados na Europa, com população adulta não idosa, visando identificar a prevalência da depressão em diferentes grupos sociais. Muitos estudos utilizaram instrumentos longos, com critérios analíticos complexos, sem validação e/ou adaptação para a APS, além de apresentarem restrições quanto aos problemas de saúde analisados, limitando sua aplicabilidade na APS. **Conclusões:** O uso de instrumentos de rastreamento e diagnóstico para depressão pode representar uma estratégia relevante para aprimorar os cuidados de saúde, mas exige pesquisas adicionais sobre os benefícios e limitações, além de uma seleção criteriosa das ferramentas mais adequadas.

**Palavras-chave:** Programas de rastreamento; Transtornos mentais; Depressão; Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Depressive disorders have a high global prevalence, causing disability and economic loss, especially in low- and middle-income countries. Primary Health Care (PHC) is essential in addressing these issues as a gateway to access care. **Objectives:** To identify the main screening tools and diagnostic interviews most used in studies involving PHC patients with depressive symptoms. **Methods:** This study was an integrative literature review conducted in the LILACS and MEDLINE databases between October and December 2020. Articles related to PHC that used instruments for screening and/or diagnosing depressive disorders were selected. The analysis was carried out using standardized spreadsheets to evaluate titles, abstracts, and full texts. **Results:** After applying the eligibility criteria, 413 articles were selected, identifying 22 screening and diagnostic tools for depression in PHC. The Patient Health Questionnaire was the most cited screening tool, and the Mini International Neuropsychiatric Interview was the most used diagnostic interview. Studies published after 2011, primarily conducted in Europe with non-elderly adult populations, predominated, aiming to identify the prevalence of depression in different social groups. Many studies used long instruments with complex analytical criteria, lacking validation and/or adaptation for PHC, and presented limitations regarding the health issues analyzed, restricting their applicability in PHC settings. **Conclusions:** The use of screening and diagnostic tools for depression can be an important strategy to improve healthcare, but further research on their benefits and limitations is needed, along with careful selection of the most appropriate tools

**Keywords:** Mass screening; Mental disorders; Depression; Primary health care.

**LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 – Quadro 1.Performance dos testes ou procedimentos diagnóstico .....	20
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente de Comunitário de Saúde
AP	Atenção Psicossocial
APA	<i>American Psychological Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPS	Cuidados Primários à Saúde
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
MS	Ministério da Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIAB	Sistema de informações em Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TMs	Transtornos mentais
TDs	Transtornos depressivos
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1	PROBLEMA.....	15
1.2	OBJETIVOS.....	16
1.2.1	Objetivo geral.....	16
1.2.2	Objetivos específicos.....	16
1.3	JUSTIFICATIVA.....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1	INSTRUMENTOS DE RASTREIO NA AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA.....	18
2.2	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUAS INTERVENÇÕES COMPLEXAS NA SAÚDE MENTAL .....	21
2.3	PRÁTICA MÉDICA DA SAÚDE MENTAL NA APS... ..	23
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
5.1	ARTIGO 1.....	28
5.2	ARTIGO 2 .....	45
5.3	ARTIGO 3 .....	46
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
6.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS .....	48
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>49</b>
	<b>ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>58</b>
	<b>ANEXO II – PARECERES CONSUBSTANCIADOS DOS COMITÊS DE ÉTICA E PESQUISA .....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde na 11ª edição (CID-11), os transtornos mentais, comportamentais e do desenvolvimento são síndromes caracterizadas por perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional, ou comportamental, que refletem uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos, ou do desenvolvimento que sustentam o funcionamento mental e comportamental. Esses transtornos podem causar alterações no pensamento, humor e angústia, prejudicando o desempenho global da pessoa em níveis pessoal, social, ocupacional e familiar (WHO, 2019; OMS, 1993).

Durante muito tempo, o impacto dos TMs foi subestimado, principalmente devido à ênfase das estatísticas de mortalidade como forma de avaliar a saúde da população. Somente a partir da década de 1990, a incapacidade causada por esses transtornos passou a ser considerada na estimativa da carga global das doenças. Desde então, a partir do *Global Burden of Disease and Injuries* da Organização Mundial da Saúde (OMS), os TMs têm sido reconhecidos como importantes causas de incapacidade a longo prazo, afetando principalmente os indivíduos nas primeiras décadas de vida e resultando em prejuízos significativos na qualidade de vida, produtividade e no desempenho de papéis sociais (GBD, 2012).

Os TMs têm um impacto significativo em todo mundo, afetando quase um bilhão de pessoas. Dependendo do tipo e da gravidade do transtorno, os indivíduos afetados podem morrer, em média, 10 a 20 anos mais cedo do que a população geral. Além disso, os TMs são uma das principais causas de incapacidade no mundo, representando um em cada seis anos vividos com incapacidade na população jovem e economicamente ativa (GBD, 2019; GBD, 2022).

As publicações atuais dos estudos *Global Burden of Disease* (GBD) apontam que não houve evidência de redução global na carga dos TMs desde os anos de 1990, reafirmando as estimativas da OMS previstas que uma em cada quatro pessoas sofrerá de algum transtorno mental ao longo da vida, o que representa 25% da população; e 22% da população sofrerá com episódios de ansiedade e depressão em algum momento da vida, com aumento considerável no número de casos nos

próximos anos (WHO, 2017; CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, 2011; GBD, 2019; GBD 2021).

A perda da produtividade devido a TMs, especialmente os transtornos de ansiedade e depressão, custa cerca de 1 trilhão de dólares à economia global a cada ano. Estima-se que, a saúde mental (SM) precária custe à economia mundial aproximadamente 2,5 trilhões de dólares anualmente em despesas com saúde e redução da produtividade, com projeção de aumento para 6 trilhões de dólares até 2030 (TRAUTMANN; REHM; WITTCHEN, 2016).

As pessoas em condições de sofrimento psíquico enfrentam dificuldades em suas atividades sociais e econômicas prejudicadas, além de lidar com o estigma e exclusão que, historicamente, são associados aos TMs (DA SILVA FILHO; BEZERRA, 2018). No Brasil, uma pesquisa em uma amostra populacional de 3007 residentes em relação ao desempenho no trabalho e custos econômicos identificou quatorze TMs estão significativamente associados à perda de trabalho, gerando custos econômicos estimados em 83,2 bilhões de dólares por ano (FRANÇA et al., 2022).

Os transtornos depressivos e ansiosos são frequentes e crônicos em populações de todas as regiões do mundo, afetando principalmente as mulheres. Estudos mostram que as mulheres têm o dobro de chance de desenvolver depressão em comparação aos homens, e isso está associado às condições socioeconômicas precárias, doenças crônicas e uso de álcool e outras drogas. (COSTA et al., 2019; MANGOLINI; ANDRADE; WANG, 2019; WHO, 2017; VIANA; ANDRADE, 2012).

É importante ressaltar que os TMs não se limitam apenas à depressão e ansiedade, que são os mais prevalentes na população mundial, mas também podem incluir outros transtornos menos comuns, como transtorno bipolar, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos alimentares, esquizofrenia e transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, dentre outros (WHO, 2017; WHO, 2001).

No Brasil, os TMs e por uso de drogas são a terceira causa de carga de doença e são responsáveis por 9,5% do total de anos vida ajustado por incapacidade (DALY), dos quais 35% são atribuídos a transtornos depressivos, 28% a transtornos de ansiedade e 7% a transtornos relacionados ao uso de álcool. Esses transtornos

afetam a saúde e o bem-estar de indivíduos em diversas faixas etárias (BONADIMAN, 2017).

Um estudo transversal realizado no Brasil, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) entre 2013 e 2019, com mais de 90 mil participantes adultos, mostrou um aumento na prevalência de depressão autorreferida, de 7,6% para 10,2%. Esse aumento foi associado a um maior número de pessoas que buscaram atendimento médico nos 12 meses anteriores à entrevista, passando de 46,4% para 52,8% (BRITO et al., 2022).

Os dados da PNS também revelaram desigualdades no acesso aos cuidados em SM e dificuldades no acesso ao tratamento. Verificou-se que 78,8% dos brasileiros com sintomas clinicamente relevantes de depressão não recebiam nenhum tipo de tratamento (LOPES et al., 2016).

Apesar da existência de tratamentos reconhecidamente eficazes para os TMs, incluindo a depressão, cerca de 75% das pessoas que vivem em países de baixa e média renda não recebem tratamento adequado. Os principais obstáculos são a falta de recursos, a falta de profissionais de saúde capacitados para realizar o diagnóstico correto e o estigma social (EVANS-LACKO et al., 2018).

Estratégias são sistematizadas desde a década de 1970 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o intuito de consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) como uma medida prioritária para ampliar o acesso à saúde (WHO, 1978).

No entanto, em nível global, há uma escassez substancial no acesso aos serviços de saúde e nos recursos destinados para sua expansão, associados a barreiras no atendimento, como a necessidade de acesso aos serviços públicos para atendimento e o estigma em torno dos problemas de SM. Mesmo nos países de alta renda, onde foram observados um aumento na aceitação do tratamento para os problemas de SM, os investimentos em tratamentos para os TMs ainda não atingiram padrões minimamente adequados para a população que necessita dos serviços públicos (JORM et al., 2017; THORNICROFT, 2007).

Nesse sentido, no Brasil, a orientação para a APS como porta de entrada preferencial e primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, sendo as ações nesse nível de atenção realizadas de forma contínua, com cuidado coordenado e abrangente apresentando melhor custo-efetividade, mesmo em contextos de grande

iniquidade no país, expandindo a oferta de programas de prevenção, diagnóstico e tratamento eficaz na cobertura da população, torna-se uma estratégia para garantir as demandas em SM com eficácia comprovada (STARFIELD, 1994; PATEL et al., 2016).

Todavia, há um efetivo desconhecimento referente às apresentações sindrômicas e à habitual cronicidade dos TDs pelos profissionais médicos generalistas, principalmente devido à falta de treinamento adequado em SM. O atendimento tende a focar apenas nos sintomas físicos e a falta de tempo para necessárias se faz presente, acarretando o subdiagnóstico da doença (FLECK et al., 2002; TYLEE et al., 1995; DAVIDSON; MELTZER-BRODY, 1999).

Os pacientes que apresentam sintomas depressivos buscam atendimento ambulatorial em decorrência de sintomas físicos inespecíficos. Estudo multicêntrico conduzido pela OMS demonstrou que dois terços dos pacientes atendidos na APS apresentam depressão exclusivamente com sintomas somáticos e, mais da metade queixavam-se de múltiplos sintomas sem explicação médica (SIMON et al., 1999). Outro estudo realizado na APS demonstrou achados semelhantes, evidenciando a presença de sintomas somáticos em 73% dos pacientes com transtornos depressivos como principal motivo de consulta em atendimento médico em cuidados primários (KIRMAYER et al., 1993).

A ausência de diagnóstico pode gerar uma peregrinação do paciente pelos serviços de saúde e sobrecarregar o sistema público, enquanto o excesso desse diagnóstico pode estar associado a elevado consumo de psicofármacos, especialmente os antidepressivos e benzodiazepínicos. Esses medicamentos são comumente utilizados, especialmente os benzodiazepínicos por apresentarem segurança terapêutica, sendo um fator que amplia o consumo populacional da droga (LIMA et al., 2008).

Portanto, são necessárias ações que possibilitem a detecção precoce da depressão e dos TMs nos serviços de APS, reduzindo os impactos socioeconômicos dessas condições a médio e longo prazo (GREDEN, 2001). Nesse sentido, programas de treinamento e educação continuada na área de SM para os profissionais médicos e demais membros das equipes da APS são prioritários, podendo-se utilizar instrumentos de rastreamento como ferramentas eficazes no diagnóstico precoce (SPITZER et al., 1994) (HODGES; INCH; SILVER, 2001).

## 1.1 PROBLEMA

A presente pesquisa surgiu a partir de questões identificadas durante a execução de um projeto piloto do doutorado, desenvolvido no âmbito do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde. Esse projeto contou com a participação de instituições como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA). O objetivo inicial foi o desenvolvimento de tecnologias para a identificação precoce de transtornos mentais (TMs) na Atenção Primária à Saúde (APS), utilizando inteligência artificial, como aprendizado de máquina e modelagem conceitual baseada em ontologias.

Embora o projeto tenha avançado em aspectos técnicos, tornou-se evidente a necessidade de investigar o contexto prático no qual tais ferramentas seriam implementadas. Identificou-se como lacunas importantes a familiaridade dos médicos com instrumentos de rastreamento, sua aplicação na rotina clínica e as percepções sobre os impactos clínicos e operacionais desses instrumentos.

Os transtornos mentais, especialmente depressivos e ansiosos, frequentemente não são diagnosticados precocemente, o que gera prejuízos para o paciente, sobrecarga nos serviços de saúde e aumento nos custos relacionados ao cuidado. Além disso, a complexidade do rastreio é agravada por fatores como a falta de treinamento específico dos profissionais, o estigma associado aos transtornos psíquicos e a priorização de sintomas somáticos, que frequentemente mascaram condições subjacentes.

A experiência do projeto piloto permitiu uma aproximação inicial com o campo de estudo, evidenciando a necessidade de compreender as concepções médicas sobre a utilização de instrumentos de rastreio e os desafios de sua implementação na prática clínica. Essas percepções são particularmente relevantes no contexto da perícia médica, uma vez que a avaliação de incapacidades funcionais relacionadas aos TMs depende diretamente da precisão do diagnóstico inicial e do entendimento das condições de trabalho e saúde do paciente.

Diante desse cenário, o presente estudo realizou uma revisão integrativa da literatura sobre instrumentos de rastreio, analisou a performance do questionário de Kessler (K6) na população brasileira e conduziu uma investigação qualitativa sobre as percepções dos médicos na APS. Como resultado, foram produzidos três artigos científicos publicados em revistas médicas e apresentados nos anexos.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Realizar uma revisão da literatura científica para identificar os principais instrumentos de rastreamento e diagnóstico dos transtornos depressivos utilizados na atenção primária.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a performance do K6 como um instrumento de rastreamento para identificar Transtornos de Humor em uma amostra da população adulta;
- Investigar o nível de conhecimento dos profissionais médicos sobre a utilização dos instrumentos de rastreamento dos transtornos depressivos.

## 1.3 JUSTIFICATIVA

Para garantir um cuidado integral às pessoas em sofrimento mental, é imprescindível uma rede de atenção estruturada, na qual a Atenção Primária à Saúde (APS) exerça seu papel central na coordenação desse cuidado. Nesse contexto, as Estratégias de Saúde da Família (ESF) devem estar preparadas para atender às demandas em saúde mental dentro dos territórios onde atuam, assegurando acesso qualificado e precoce às pessoas que necessitam de assistência.

A superação desse desafio é fundamental para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na prática da APS, especialmente no que tange à política de saúde mental. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam

significativamente para a formulação e aprimoramento de políticas públicas por gestores locais e regionais, possibilitando uma abordagem mais eficaz e efetiva da saúde mental na APS. Além disso, busca-se avançar na redução do estigma e da exclusão social enfrentados pelas pessoas em sofrimento psíquico, promovendo uma assistência mais humanizada e equitativa.

A relevância da pesquisa também se estende ao campo da perícia médica, ao fomentar reflexões sobre os impactos socioeconômicos do subdiagnóstico e do uso inadequado de recursos na saúde pública. O estudo pretende fornecer aos médicos peritos uma compreensão aprofundada sobre os transtornos mentais, bem como os instrumentos de avaliação disponíveis para rastreamento e diagnóstico dessas condições. Dessa forma, espera-se fortalecer o embasamento técnico e teórico nos processos de avaliação pericial, promovendo uma interface mais consistente entre funcionalidade, saúde mental e qualidade de vida dos indivíduos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 INSTRUMENTOS DE RASTREIO NA AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

O índice de MacMillan e a Escala de Langner foram os primeiros instrumentos de rastreio utilizados nos Estados Unidos nas décadas de 1950 e 1960, respectivamente, para identificar pacientes psiquiátricos. Esses instrumentos são breves e abrangem sinais, sintomas e comportamentos observáveis característicos de TMs (ANDREOLI et al., 2000; LANGNER, 1962).

Antes da década de 70, havia poucas escalas de rastreamento de TMs, e elas tinham uma preocupação limitada em discriminar os casos e avaliar constructos gerais como por exemplo, “doença mental”, “ajuste emocional”, “sintomas psicofisiológicos”, o que tornava os estudos bastantes superficiais. A partir da década de 70, com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais na terceira edição (DSM-III), houve mudanças significativas na psiquiatria em relação ao diagnóstico, hierarquizando os diagnósticos e categorizando os sintomas. Isso permitiu avanços significativos nos estudos em epidemiologia psiquiátrica (ANDREOLI et al., 2000).

A partir desse momento, os instrumentos de rastreio passaram a ser utilizados como indicadores de casos potenciais e não mais como diagnóstico individual. Atualmente, uma variedade de questionários, entrevistas, listas de verificação, avaliações de resultado e outros instrumentos estão disponíveis para orientar a prática psiquiátrica no monitoramento dos pacientes ao longo do tempo e fornecer informações relevantes. Esses instrumentos também são utilizados em pesquisas que embasam a prática da psiquiatria e nas avaliações padronizadas para justificar a necessidade de serviços ou para avaliar a qualidade do cuidado, por exemplo em administradoras de hospitais e planos de saúde (SADOCK, 2017).

O objetivo principal dos instrumentos de rastreio é identificar precocemente uma doença, favorecendo a implementação do tratamento eficaz e com menor custo (GORENSTEIN, WANG, HUNGERBÜHLER, 2016). Na psiquiatria, assim como em outras áreas, as escalas de avaliação desempenham um papel ao padronizar as informações coletadas ao longo do tempo e por vários observadores leigos e/ou treinados, ou até mesmo quando são autoaplicáveis. Isso garante uma avaliação consistente e abrangente que pode auxiliar no planejamento, estabelecendo de um

possível diagnóstica, descrição dos sintomas, identificação de condições comórbidas e caracterização dos fatores que afetam a resposta ao tratamento (SADOCK, 2017; ANDREOLI et al., 2000).

Alguns princípios são importantes no desenvolvimento de um instrumento de rastreio, como: o problema de saúde deve ter ocorrência e gravidade relevantes para a população, suas formas clínicas devem ser detectáveis e prevalentes, a detecção precoce reduz as consequências graves, o modo de aplicação deve ser bem aceito, baixo custo, boa acurácia e não depender de agendamento prévio, e o problema detectado deve ser passível de tratamento (FLETCHER et al, 2006; BARCSAK, 2011).

Além disso, é importante considerar o contexto no qual o instrumento foi validado ao utilizá-lo. Instrumentos validados em serviços especializados de psiquiatria, por exemplo, não podem ser comparados com instrumentos validados em APS, pois podem apresentar variações importantes em relação ao ponto de corte devido aos diferentes contextos de atendimento (CHERPITEL, 1998).

A triagem apenas sugere a possibilidade de alguma alteração, sendo necessário confirmar o diagnóstico. É atribuído um escore total, que é a soma das respostas positivas. Para cada escala, calcula-se o ponto de corte que melhor discrimina os indivíduos “doentes” dos “não doentes” (ANDREOLI et al., 2000; GORENSTEIN, WANG, HUNGERBÜHLER, 2016). Portanto, é necessário realizar uma segunda etapa, que consiste na aplicação dos critérios das classificações psiquiátricas nos indivíduos com resultados positivos no rastreamento, chamada “padrão ouro”, utilizando entrevistas diagnósticas estruturadas ou semiestruturadas aplicadas por profissionais capacitados (GORENSTEIN, WANG, HUNGERBÜHLER, 2016; CUNHA, 2007).

O desempenho do teste-padrão em relação ao teste padrão-ouro pode ser avaliado através de uma tabela 2x2, na qual o resultado do teste para a doença em questão pode ser positivo ou negativo, indicando a presença ou ausência da doença de acordo com o padrão-ouro. Desta forma, o resultado do teste pode estar correto (verdadeiro positivo ou verdadeiro negativo) ou incorreto (falso positivo ou falso negativo), conforme demonstrado no quadro 1.

A qualidade do teste diagnóstico pode ser medida pelas taxas de sensibilidade e especificidade. A sensibilidade refere-se à capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos que têm a doença em questão, produzindo resultados

positivos. A especificidade, por outro lado, é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos que não têm a doença, produzindo resultados negativos, quando o rastreio é negativo e há confirmação desse resultado nos critérios. Testes altamente sensíveis são capazes de detectar uma alta porcentagem de indivíduos com diagnóstico confirmado, enquanto testes altamente específicos são capazes de detectar uma alta porcentagem dos que não confirmaram o diagnóstico (CUNHA, 2007).

Quadro 1. Performance dos testes ou procedimentos diagnósticos

Teste	Doença		Total
	Presentes	Ausentes	
Positivo	a	B	a + b
Negativo	c	D	c + d
Total	a + c	b + d	n

Para classificar os indivíduos como positivos ou negativos no teste, é necessário estabelecer um ponto de corte. Os valores de sensibilidade e especificidade dependem de onde o ponto de corte é aplicado entre os resultados positivos e negativos.

Uma forma de ilustrar a relação normalmente antagônica entre a sensibilidade e a especificidade são as Curvas de Características de Operação do Receptor (*Receiver Operating Characteristic Curve - ROC curve*). A curva ROC mostra a variação da sensibilidade e especificidade para diferentes valores de ponto de corte, e muitas vezes o ponto de corte é determinado pela menor diferença entre a sensibilidade e especificidade. A área sob a curva ROC é a medida de desempenho de um teste (índice de exatidão do teste). Um teste que não consegue distinguir entre indivíduos doentes e não doentes terá uma área sob a curva ROC de 0,5 (hipótese nula). Valores acima de 0,70 são considerados com desempenho satisfatório (KAWAMURA, 2002; PEREIRA, 1995).

A curva ROC também pode ser usada para determinar a acurácia (ou validade), que é o grau em que o teste fornece os resultados corretos, isto é, ser positivo para

os indivíduos com o diagnóstico e negativo para os que não têm. Há uma relação aproximadamente linear entre a área sob a curva ROC e a acurácia, que pode ser classificada em: excelente (0,80-0,90), muito boa (0,70-0,79), boa (0,60-0,69), e pobre (0,50-0,59) (FLETCHER et al., 2006).

Outros índices também são importantes na avaliação da qualidade de um teste diagnóstico de forma geral, como o valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo (VPN). Tanto o VPP quanto o VPN são influenciados pela prevalência da doença na população de interesse. O VPP é a probabilidade de que casos identificados pelo teste sejam realmente positivos. O VPN, por sua vez, é a probabilidade de que os casos identificados como negativos pelo teste sejam realmente negativos (FLETCHER et al., 2006; PEREIRA, 1995).

## 2.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUAS INTERVENÇÕES COMPLEXAS NA SAÚDE MENTAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088/2011, foi criada como estratégia do SUS para ampliar e articular os pontos de atenção à saúde de pessoas com transtornos mentais (TMs) e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Suas diretrizes incluem o respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, combate ao estigma, serviços de base territorial, controle social e organização em rede regionalizada, com ações intersetoriais e transdisciplinares para garantir a integralidade do cuidado (COSTA-ROSA, 2000; MARTINS et al., 2015).

A RAPS é composta por diversos serviços, como equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviços de urgência e emergência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, residências terapêuticas, programas como "De Volta para Casa" e centros de convivência (BRASIL, 2011). Seu modelo tem forte enfoque territorial, priorizando o cuidado em liberdade e a articulação da Atenção Primária à Saúde (APS) com os serviços de saúde mental (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Os serviços da RAPS possuem caráter comunitário e funcionam de forma acessível (“porta aberta”), atendendo demandas referenciadas e espontâneas. Seu foco principal é a assistência a pessoas com TMs graves e persistentes, promovendo reabilitação psicossocial e autonomia dos usuários. Além disso, articulam-se com a ESF e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para ativar recursos da rede e das comunidades (BRASIL, 2012; DELFINI et al., 2009).

Os CAPS são dispositivos estratégicos da política de saúde mental no Brasil, substituindo o modelo hospitalocêntrico. São organizados em diferentes modalidades, como CAPS I, II, III, CAPS AD (álcool e drogas) e CAPSi (infantil), conforme o tamanho e a complexidade do município (BRASIL, 2002). Contam com equipe multiprofissional, incluindo psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, conforme as necessidades locais (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) também financia equipes especializadas em saúde mental na APS, conforme a Portaria nº 3.588/2017, com o objetivo de atender usuários em sofrimento psíquico moderado e integrar ações com a RAPS (BRASIL, 2017). Essa articulação se dá por meio de práticas como discussão de casos, projetos terapêuticos singulares, visitas domiciliares compartilhadas e atividades educativas (BRASIL, 2012, 2017).

O apoio matricial, formulado por Campos (1999), é uma estratégia para ampliar a clínica das equipes de APS e qualificar o atendimento em saúde mental. Ele promove o compartilhamento de saberes e a corresponsabilização dos casos, reduzindo encaminhamentos excessivos (FORTES et al., 2014). No entanto, dificuldades como desconhecimento do conceito, sobrecarga de trabalho e falta de integração entre os serviços dificultam sua implementação (MINOZO; COSTA, 2013; MACHADO; CAMATA, 2013; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Por fim, a articulação em rede é essencial para garantir a atenção psicossocial integral, considerando os sujeitos em sua inserção social. A cooperação entre os diferentes serviços e atores da rede de saúde possibilita um cuidado mais efetivo e humanizado (RÉZIO et al., 2015; AMARANTE, 2007).

### 2.3 A PRÁTICA MÉDICA DA SAÚDE MENTAL NA APS

A prática médica em saúde mental (SM) na atenção primária à saúde (APS) ainda é centrada na doença, com enfoque biomédico e fragmentado, desconsiderando fatores socioculturais do processo saúde-doença (ALVARENGA, 2005; SADOCK, 2017). Essa abordagem pode gerar ruídos na relação médico-paciente, já que os pacientes vivenciam o adoecimento subjetivamente, enquanto os médicos são formados sob uma perspectiva biomédica centrada na doença (HELMAN, 2009). A escuta qualificada do sofrimento é frequentemente negligenciada, limitando-se ao diagnóstico psiquiátrico (MENEZES et al., 2019).

A capacitação dos profissionais da APS para oferecer cuidados adequados em SM tem sido incentivada por organismos internacionais, priorizando intervenções acessíveis e sem estigma (VALENTINI et al., 2004; OMS, 2018). Contudo, há uma tendência ao uso excessivo de medicamentos psicotrópicos em detrimento de abordagens não farmacológicas, devido a fatores como falta de capacitação e tempo reduzido de consulta (FRASER et al., 2015; OYAMA et al., 2012; ALCANTARA et al., 2022; DIAS et al., 2023).

No Brasil, a adoção do modelo psicossocial enfrenta desafios, como a predominância do modelo biomédico, estereótipos sobre transtornos mentais (TMs) e a separação entre saúde física e mental (MOLINE; LOPES, 2013; MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017). Além disso, a rotatividade de médicos na rede pública prejudica a continuidade do cuidado (MEDEIROS et al., 2010; PINHO et al., 2014). Os TMs muitas vezes se manifestam por sintomas físicos inespecíficos, dificultando o diagnóstico (FONSECA, 2008; GONÇALVES et al., 2014).

Estudos indicam que sistemas de APS bem estruturados conseguem integrar SM com sucesso, desde que contem com profissionais capacitados (WESNCESLAU; ORTEGA, 2015). A Medicina de Família e Comunidade (MFC) surge como especialidade fundamental nesse contexto, oferecendo formação biopsicossocial (ALBUQUERQUE; DIAS, 2019; RODRIGUES, 2022).

A baixa identificação dos TMs na APS é um problema global, com muitos pacientes sem diagnóstico ou tratamento adequado (CRAWFORD et al., 1998; LÖPPÖNEN et al., 2003). No Brasil, menos de 10% dos idosos com depressão foram identificados pelas equipes de Saúde da Família (SCAZUFCA et al., 2016), e 76% a 85% das pessoas com depressão não têm acesso adequado ao tratamento (WHO, 2017).

Instrumentos de triagem podem auxiliar na identificação precoce e no encaminhamento adequado dos pacientes (SADOCK, 2017; BOLSONI; ZUARDI, 2015). Entre eles, destaca-se o PHQ-9, com alta sensibilidade e especificidade para diagnóstico de depressão (DE LIMA OSÓRIO et al., 2009; ARROLL et al., 2010). A aplicação desses instrumentos por agentes comunitários de saúde (ACS) pode otimizar a detecção precoce dos TMs (KAGEE, 2013; WAIDMAN, 2012).

O uso rotineiro de escalas deve ser feito com cautela para evitar diagnósticos inadequados. É essencial adotar uma visão integrada da saúde mental, considerando os TMs como fatores de risco para transtornos mais graves e promovendo medidas de cuidado abrangentes (PRINCE, 2007; WITTKAMPF et al., 2007).

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

O primeiro artigo apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre os principais instrumentos de rastreio e entrevistas diagnósticas utilizados na APS para os transtornos depressivos. O artigo está disponível gratuitamente em revista eletrônica, acessível pelo DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3817](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3817).

O segundo artigo baseia-se na análise de parte do banco de dados do estudo do São Paulo Megacity (SPMC) para avaliar a performance do instrumento de rastreamento (K6) na identificação de transtornos de humor. Publicado em revista internacional, o artigo será apresentado parcialmente na seção dos resultados. Informações adicionais podem ser solicitadas a autora principal.

O terceiro artigo adota uma abordagem qualitativa para investigar as percepções de médicos que atuam na APS sobre a utilização de instrumentos de rastreamento de transtornos depressivos. A pesquisa foi conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas, comprovadas segundo a técnica de análise temática. Publicado em revista internacional, o artigo tem sua parte inicial disponível na seção de resultados, e detalhes adicionais poderão ser obtidos junta a autora principal.

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS**

As entrevistas foram agendadas por telefone e realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I).

As informações sobre a pesquisa e o TCLE foram lidas, e as entrevistas prosseguiram somente após a concordância com o termo. Além disso, o TCLE foi encaminhado por e-mail aos participantes, solicitando que respondessem por escrito, confirmando sua concordância com os termos.

O presente estudo está em conformidade com os aspectos éticos estabelecidos pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, registrado sob o número 5.488.800 (ANEXO II).

## **5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados deste estudo são apresentados no formato de artigos científicos, cada um abordando uma dimensão específica da pesquisa.

O primeiro artigo realiza uma revisão da literatura para identificar os principais instrumentos de rastreamento e diagnóstico dos transtornos depressivos na atenção primária.

O segundo avalia a performance do K6 na identificação de transtornos de humor em uma amostra da população adulta.

O terceiro investiga o nível de conhecimento dos médicos sobre o uso desses instrumentos, contribuindo para a qualificação da prática clínica e aprimoramento do cuidado em saúde mental.

## 5.1 ARTIGO 1

O artigo está disponível em DOI:10.5712/rbmfc18(45)3817



## Instrumentos de rastreio e diagnóstico de transtornos depressivos utilizados na atenção primária: uma revisão integrativa

Screening and diagnostic tools for depressive disorders used in primary care: an integrative review

*Instrumentos de rastreio y diagnóstico de trastornos depresivos utilizados en atención primaria: una revisión integradora*

Meirelli Vieira Bruzeguini<sup>1</sup> , Talita Falqueto Pereira<sup>1</sup> , Marcela Lamborghini Pagel<sup>1</sup> , Thayane Cintra Lemos<sup>1</sup> , Emily da Silva Prata<sup>1</sup> , Kamila Castro da Cruz<sup>1</sup> , Thiago Dias Sarti<sup>1</sup> , Maria Carmen Viana<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória (ES), Brasil.

### Resumo

**Introdução:** A prevalência de transtornos depressivos na população em geral é significativa, e a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial na abordagem dessas questões. A implementação de instrumentos de rastreamento e diagnóstico desses transtornos na APS é uma das estratégias propostas para aprimorar a qualidade do atendimento. No entanto, há uma lacuna de conhecimento em relação à eficácia dessas abordagens. **Objetivo:** Identificar os instrumentos de rastreamento e entrevistas diagnósticas mais empregados em pesquisas envolvendo pacientes que procuram assistência em serviços de APS devido a sintomas depressivos. **Métodos:** Este estudo constitui uma revisão integrativa da literatura, que abordou as bases de dados LILACS e MEDLINE no período compreendido entre outubro e dezembro de 2020. A seleção dos artigos incorporou pesquisas realizadas na APS, as quais empregaram um ou mais instrumentos para rastreamento e/ou diagnóstico de transtornos depressivos. A análise dos títulos, resumos e textos completos foi realizada por pelo menos dois pesquisadores, que extraíram os dados por meio de uma planilha padronizada. Os resultados são apresentados de forma descritiva e narrativa. **Resultados:** Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 413 artigos. Foram identificados 22 instrumentos empregados no rastreamento e diagnóstico da depressão em estudos realizados na APS. O instrumento de rastreamento mais mencionado é o *Patient Health Questionnaire* e a entrevista diagnóstica mais utilizada foi a *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Predominam os estudos publicados após 2011, realizados na Europa, com população adulta não idosa, visando identificar a prevalência de depressão em diferentes grupos sociais. A maioria dos estudos utilizou instrumentos longos, com critérios analíticos complexos, sem validação e/ou adaptação para a APS, além de apresentarem restrições quanto aos problemas de saúde analisados, tornando-os limitados para uso geral na APS. **Conclusões:** O emprego de instrumentos de rastreamento e diagnóstico para depressão na APS pode representar uma estratégia relevante para aprimorar os cuidados oferecidos a essa população. Contudo, é crucial conduzir pesquisas adicionais a fim de analisar tanto os benefícios quanto as potenciais desvantagens dessa abordagem. Além disso, é imperativo um esforço mais substancial na seleção criteriosa dos instrumentos mais adequados para aplicação.

**Palavras-chave:** Questionário de saúde do paciente; Atenção primária à saúde; Depressão; Programas de rastreamento; Transtornos mentais.

**Como citar:** Bruzeguini MV, Pereira TF, Pagel ML, Lemos TC, Prata ES, Cruz KC, et al. Instrumentos de rastreio e diagnóstico de transtornos depressivos utilizados na atenção primária: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3817. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3817](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3817)

#### Autor correspondente:

Meirelli Vieira Bruzeguini  
E-mail: meirellibruzeguini@gmail.com

#### Fonte de financiamento:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES)

#### Parecer CEP:

não se aplica

#### Procedência:

não encomendado.

#### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 21/06/2023.

Aprovado em: 10/07/2023.

#### Editor Associado:

Leonardo Ferreira Fontenelle



## Abstract

**Introduction:** The prevalence of depressive disorders in the general population is high, and primary health care (PHC) is essential in dealing with these issues. The introduction of screening and diagnostic tools for these disorders in PHC is one of the suggested strategies to enhance the quality of care. Nevertheless, there is limited understanding regarding their effectiveness. **Objective:** To identify the screening instruments and diagnostic interviews that have been widely used in studies involving users with depressive symptoms seeking help at PHC. **Methods:** This was an integrative literature review. For the period from October to December 2020, searches were conducted in the LILACS and MEDLINE databases. Research articles carried out in PHC that utilized one or more screening and/or diagnostic instruments for depressive disorders were included. At least two researchers analyzed titles, abstracts, and full texts, extracting data using a standardized spreadsheet. The results were presented in a descriptive and narrative manner. **Results:** After using eligibility criteria, 413 articles were selected. There were 22 screening instruments used for screening and diagnosis of depression in studies carried out in PHC. The most cited screening instrument was the *Patient Health Questionnaire*, and the most used diagnostic interview was the *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Studies published after 2011, carried out in Europe, with a non-elderly adult population and with the purpose of identifying the prevalence of depression in different social groups predominated. Most studies used long instruments, with complex analytical criteria, without validation/adaptation for PHC, and with restrictions on the analyzed health problems, making them limited for general use in PHC. **Conclusions:** The use of screening and diagnostic instruments for depression in PHC can be a relevant strategy to improve the care provided to this population. Nevertheless, additional research is required to analyze the benefits and harms of this approach, as well as a greater effort to select the best instruments to be used.

**Keywords:** Patient health questionnaire; Primary health care; Depression; Mass screening; Mental disorders.

## Resumen

**Introducción:** La prevalencia de los trastornos depresivos en la población general es alta y la Atención Primaria de Salud (APS) ocupa una posición central en el abordaje de estos problemas. La introducción de instrumentos para el rastreo y diagnóstico de estos trastornos en la APS es una de las estrategias sugeridas para mejorar la calidad de la atención pero poco se sabe sobre su eficacia. **Objetivo:** Identificar los instrumentos de rastreo y entrevistas diagnósticas que más han sido utilizados en estudios con usuarios que buscan atención en los servicios de APS con síntomas depresivos. **Métodos:** Esta es una revisión integradora de la literatura, se realizaron búsquedas en las bases de datos LILACS y MEDLINE de octubre a diciembre de 2020. Se incluyeron artículos de investigación realizados en la APS y que utilizaron uno o más instrumentos para el rastreo y/o diagnóstico de los trastornos depresivos. Al menos dos investigadores analizaron títulos, resúmenes y textos completos, extrayendo datos mediante una hoja de cálculo estandarizada. Los resultados se presentan de forma descriptiva y narrativa. **Resultados:** Después de aplicar los criterios de elegibilidad, se seleccionaron 413 artículos, fueron descritos 22 instrumentos utilizados en el rastreo y diagnóstico de la depresión en estudios realizados en APS. El instrumento de rastreo más utilizado fue el Cuestionario de Salud del Paciente y la entrevista diagnóstica más utilizada fue la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Predominan los estudios publicados después de 2011, realizados en Europa, con población adulta no anciana con el propósito de identificar la prevalencia de depresión en diferentes grupos sociales. La mayoría de los estudios utilizaron instrumentos extensos, con criterios analíticos complejos, sin validación y/o adaptación para la APS, y con restricciones sobre los problemas de salud analizados, limitándolos para uso general en la APS. **Conclusiones:** El uso de instrumentos de rastreo y diagnóstico de depresión en la APS puede ser una estrategia relevante para mejorar la atención brindada a esta población. Sin embargo, se necesitan más estudios para analizar los beneficios y dificultades de esta estrategia, así como un mayor esfuerzo para seleccionar los mejores instrumentos a utilizar.

**Palabras clave:** Cuestionario de salud del paciente; Atención primaria de salud; Depresión; Programas de rastreo; Trastornos mentales.

## INTRODUÇÃO

A depressão é o transtorno mental mais frequente na população geral, contribuindo para altas taxas de mortalidade e morbidade, carga global de doenças e diminuição da qualidade de vida em todas as faixas etárias. Pessoas com depressão apresentam maior exposição a comportamentos de risco quando comparadas com a população geral, como risco de suicídio, abuso de álcool e outras drogas. Portanto, a depressão constitui-se em um grave problema de saúde pública.<sup>1-4</sup>

A prevalência de depressão ao longo da vida varia de 6,6 a 19,2%, sendo mais frequente entre os países de alta renda (com média de 14,8%). Nos países de baixa e média renda, a prevalência varia de 6,5%, na China, a 18,4%, no Brasil, com média de 11,1%.<sup>5</sup> O Brasil apresenta a segunda maior prevalência pontual de episódios depressivos nas Américas, afetando aproximadamente 11,5 milhões de pessoas (equivalente a 5,8% da população).<sup>1</sup>

Ainda assim, os transtornos depressivos frequentemente não são diagnosticados e/ou tratados de forma oportuna e apropriada, mesmo entre os médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).<sup>6-8</sup> Para abordar essa questão, a literatura destaca a relevância do fortalecimento da APS e da rede de atenção psicossocial, bem como a capacitação dos profissionais envolvidos. Além disso, a implementação de abordagens de cuidado colaborativo entre a APS e a psiquiatria é apontada como crucial, incluindo a integração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). A inclusão de serviços de saúde baseados na comunidade na rede de atenção psicossocial também é recomendada como medida para lidar com esse problema.<sup>9,10</sup>

Por outro lado, o uso de instrumentos padronizados e validados para o rastreamento e diagnóstico da depressão na APS tem sido mencionado na literatura como uma das estratégias para aprimorar a abordagem desse problema. Algumas pesquisas sugerem que a sua aplicação pode ter um impacto positivo não somente nos aspectos clínicos da abordagem da depressão, mas também na elaboração de intervenções, no desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental e na área da pesquisa.<sup>11,12</sup>

São diversos os instrumentos disponíveis para uso, especialmente em estudos epidemiológicos, o que pode gerar confusão e dificuldades na seleção e adoção dessa estratégia pelas equipes de saúde na APS. Portanto, esta revisão integrativa da literatura tem como objetivo identificar e descrever os principais instrumentos de rastreio e diagnóstico empregados na avaliação dos sintomas depressivos em pacientes que procuram atendimento na APS. Até onde sabemos, revisões desta natureza são incomuns na literatura, o que torna este estudo de interesse para profissionais e pesquisadores ligados à APS.

## MÉTODOS

A questão norteadora desta revisão foi: "Considerando a alta prevalência da depressão na população geral, quais são os instrumentos de rastreio e entrevistas diagnósticas que têm sido mais utilizados em estudos com usuários que buscam atendimento em serviços de atenção primária com sintomas depressivos?"

A busca por artigos científicos foi conduzida entre outubro e novembro de 2020, nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). A estratégia de busca específica para cada base está detalhada na Figura 1. Não foram definidos critérios de restrição para o idioma dos artigos, sendo aceitos textos em português, inglês ou espanhol, e não houve limitação quanto à data de publicação.

Os critérios de inclusão foram:

1. Estudos que utilizaram instrumentos de rastreio e diagnóstico de transtornos depressivos no âmbito da APS;
2. Os instrumentos deveriam ser citados no título ou resumo do artigo;
3. Estudos que utilizaram o instrumento para:
  - a) identificação do transtorno depressivo;
  - b) validação do instrumento em outro idioma e/ou população;
  - c) seleção de casos objetivando orientação clínica e terapêutica;
  - d) seleção de casos para estudos de intervenção/ensaios clínicos terapêuticos.

Foram excluídos artigos de opinião, cartas ao editor, revisões de literatura, editoriais, relatos de casos, resenhas, capítulos de livros, protocolos e projetos de pesquisa.

MEDLINE	LILACS
↓	↓
((DEPRESS*) AND ((PRIMARY HEALTH CARE) OR (PRIMARY CARE) OR (PRIMARY SERVICE*)) AND ((SCREENING) OR (QUESTIONNAIRE) OR (SCALE)) n=17,721	((DEPRESS*) AND ((PRIMARY HEALTH CARE) OR (PRIMARY CARE) OR (PRIMARY SERVICE*)) AND ((SCREENING) OR (QUESTIONNAIRE) OR (SCALE)) n=358
↓	↓
((DEPRESS*[TITLE]) AND ((PRIMARY HEALTH CARE[TITLE]) OR (PRIMARY CARE[TITLE]) OR (PRIMARY SERVICE*[TITLE])) AND ((SCREENING[TITLE/ABSTRACT]) OR (QUESTIONNAIRE[TITLE/ABSTRACT]) OR (SCALE[TITLE/ABSTRACT])) n=1,106	(ti:(DEPRESS*)) AND ((ti:PRIMARY HEALTH CARE) OR (ti:(PRIMARY CARE)) OR (ti:(PRIMARY SERVICE*))) AND ((SCREENING) OR (QUESTIONNAIRE) OR (SCALE)) n=50
↓	↓
((DEPRESS*[TITLE]) AND ((PRIMARY HEALTH CARE[TITLE]) OR (PRIMARY CARE[TITLE]) OR (PRIMARY SERVICE*[TITLE])) AND ((SCREENING[TITLE/ABSTRACT]) OR (QUESTIONNAIRE [TITLE/ABSTRACT]) OR (SCALE[TITLE/ABSTRACT])). Filtros: Idioma - Inglês, Espanhol e Português n=1,087	(ti:(DEPRESS*)) AND ((ti:PRIMARY HEALTH CARE) OR (ti:(PRIMARY CARE)) OR (ti:(PRIMARY SERVICE*))) AND ((SCREENING) OR (QUESTIONNAIRE) OR (SCALE)). Filtros: Idioma - Inglês, Espanhol e Português n=50
↘	↘
Total de artigos identificados nas duas bases de dados utilizadas n=1,137	

**Figura 1.** Estratégia de busca de assunto e operadores booleanos utilizados nas bases de dados.

Após a eliminação das duplicatas, dois pesquisadores treinados — um especialista em MFC e outro em psiquiatria — analisaram títulos, resumos e textos completos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão. Discordâncias nesse processo foram debatidas pelos pesquisadores e, quando necessário, uma pesquisadora com ampla experiência na área interveio para resolver a questão.

A extração dos dados das publicações ocorreu com o auxílio de uma planilha padronizada. Foram registrados os autores, ano de publicação, instrumento de rastreio ou entrevista diagnóstica, local do estudo, tipo de população (se foi um estudo único ou multicêntrico) e o principal achado. A apresentação dos resultados segue uma abordagem descritiva e narrativa, com ênfase na identificação dos principais instrumentos utilizados, seus locais de aplicação e principais características, visando orientar profissionais e gestores em sua utilização prática.

Durante a busca, identificou-se um total de 135 instrumentos distintos usados nos estudos. Devido a essa diversidade, optou-se por agrupar diferentes versões de um mesmo instrumento ou entrevista, como revisões ou validações em línguas ou populações diferentes, sob o título original da ferramenta. Nesta revisão, são discutidos somente os instrumentos presentes em cinco ou mais publicações (Quadro 1). Depois de agrupar as diferentes versões, identificaram-se 68 instrumentos, sendo que 22 foram utilizados em cinco ou mais estudos, enquanto 46 apareceram em menos de 5 publicações e, portanto, foram excluídos da análise.

Dada a natureza descritiva desta revisão e seu objetivo não sistemático, não foi realizada análise metodológica individualizada de cada artigo. Além disso, a heterogeneidade significativa entre os estudos

**Quadro 1.** Características dos instrumentos mais frequentemente utilizados por profissionais de saúde na atenção primária na identificação e diagnóstico de depressão, incluindo suas diversas versões e/ou variações no nome, autores, ano de elaboração, frequência e país das publicações.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Patient Health Questionnaire (PHQ) Spitzer et al. <sup>15</sup>	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ou Brief Patient Health Questionnaire (B-PHQ), PHQ-9 versões China, Rússia, Japão e chinesa bilíngue (CB-PHQ), PHQ-15, PHQ-10, PHQ-8, PHQ-2, PHQ-Adolescent (PHQ-A).	EUA (79); Reino Unido (12); Holanda (9); Alemanha (9); China (9); Espanha (8); Letônia (5); Arábia Saudita (5); Etiópia (4); Brasil (4); Índia (4); Austrália (3); Canadá (3); Japão (3); Itália (2); Chile (2); Nigéria (2); Colômbia (2); África do Sul (2); Zimbábue (2); Nova Zelândia (1); Taiwan (1); Israel (1); Equador (1); Suíça (1); Singapura (1); Malásia (1); Sri Lanka (1); Catar (1); Botswana (1); Vietnã (1); Omã (1); Nepal (1); Tunísia (1); Moçambique (1); Coreia do Sul (1); Honduras (1); México (1); Não cita o país (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaplicável.</li> <li>• Número de questões: 9 itens.</li> <li>• Finalidades: identificar se o indivíduo é um caso provável de depressão ou não. Pode ser usado para medir a gravidade do transtorno.</li> <li>• Critérios de pontuação: cada item é avaliado por escala <i>Likert</i> de 0 a 3 (correspondendo às respostas “nenhuma vez”, “vários dias”, “metade dos dias” e “quase todos os dias”), considerando a frequência dos sintomas nas duas últimas semanas. A pontuação total varia de 0 a 27. O ponto de corte para triagem de depressão maior é de 10 pontos. A pontuação total pode ser usada para avaliar a gravidade dos sintomas: 0–4: ausência de sintomas depressivos; 5–9: sintomas depressivos leves, 10–14 sintomas depressivos moderados, 15–19 sintomas depressivos moderadamente graves e 20–27 sintomas depressivos graves.<sup>16</sup></li> </ul>
Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) Radloff <sup>17</sup>	CESD-10, CESD-5, CES- Revised (CESD-R).	EUA (27); Austrália (7); China (4); Brasil (2); Japão (1); Espanha (1); Israel (1); Rússia (1); Zâmbia (1); México (1); Reino Unido (1); Nigéria (1); África do Sul (1); Canadá (1); França (1); Não cita o País (3).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaplicável ou aplicado por entrevistador.</li> <li>• Número de questões: 20 itens.</li> <li>• Finalidade: avaliar questões sobre humor, sintomas somáticos, interação com outras pessoas e funcionamento motor. Respostas de acordo com a frequência de cada sintoma na última semana.</li> <li>• Critérios de pontuação: cada item é avaliado em escala <i>Likert</i> de 0–3, correspondendo às respostas “raramente ou nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”. O escore total varia de 0–60 e o ponto de corte utilizado é de &gt;16.<sup>17</sup></li> </ul>
Geriatric Depression Scale (GDS) Yesavage et al. <sup>18</sup>	Geriatric Depression Scale (GDS-30 ou GDS ou Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, versão ampliada), GDS-15 versões Alemanha e China, (GDS-5), (GDS-10), (GDS-4), (GDS-1).	EUA (8); Brasil (8); Reino Unido (6); Alemanha (5); Holanda (3); Espanha (3); China (1); Bósnia e Herzegovina (1); Suécia (1); Nigéria (1); Grécia (1); México (1); Singapura (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento aplicado por entrevistador.</li> <li>• Finalidade: destinado à avaliação de sintomas do espectro do humor em pacientes geriátricos.</li> <li>• Número de questões: versão original com 30 pontos. Questões dicotômicas (sim/não).</li> <li>• Critérios de pontuação: somatória de pontos. Pontuação de corte entre 10–11 para a GDS-30 e de 5–6 para a GDS-15.<sup>12</sup></li> </ul>

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Sheehan et al. <sup>19</sup>	MINI-Screen desenvolvida para atenção primária, MINI versão Malayalam e japonesa.	Letônia (4); Holanda (4); Japão (3); Chile (3); Índia (2); EUA (2); Bélgica (2); Luxemburgo (2); Reino Unido (2); Lituânia (2); Marrocos (1); Botswana (1); Irã (1); Colômbia (1); Moçambique (1); Espanha (1); Uganda (1); Israel (1); Singapura (1); Zâmbia (1); México (1); França (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista estruturada aplicada por um entrevistador treinado.</li> <li>Número de questões: 19 módulos diagnósticos independentes. O módulo de episódio depressivo maior é composto por 5 eixos e 11 itens.</li> <li>Finalidade: avaliar 17 transtornos do eixo I do DSM-IV.</li> <li>Crítérios de pontuação: respostas dicotômicas (sim/não). Projetado para obter um diagnóstico psiquiátrico em 15–30 minutos por não especialistas que receberam treinamento formal.<sup>19</sup></li> </ul>
Beck Depression Inventory (BDI) Beck et al. <sup>20</sup>	Beck Depression Inventory (BDI ou BDI-I/BDI-21), BDI-II versão árabe, BDI - versão chinesa, Beck Depression Inventory (BDI) versão 1A, Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Depression Inventory Primary Care (BDI-PC), BDI-PC versão em espanhol/peruana.	EUA (9); Suécia (5); Índia (5); Reino Unido (3); Finlândia (2); Turquia (2); Brasil (2); Chile (1); Peru (1); Croácia (1); Espanha (1); Alemanha (1); Jordânia (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoaplicável.</li> <li>Número de questões: 21 itens.</li> <li>Finalidade: avaliar a frequência e intensidade de sintomas depressivos durante a última semana</li> <li>Crítérios de pontuação: São atribuídos valores de 0 a 3, sendo os escores mais altos representados pela maior intensidade dos sintomas. A pontuação total varia de 0 a 63 pontos. De 0–13, depressão mínima; 14–19, depressão leve; 20–28, depressão moderada; 29–63, depressão grave.<sup>21</sup></li> </ul>
Structured Clinical Interview (SCID) Spitzer et al. <sup>22</sup>	SCID – I, SCID – II, SCID – III, SCID – IV.	EUA (15); Espanha (3); China (3); Finlândia (2); Reino Unido (2); Brasil (2); Holanda (1); Israel (1); Singapura (1); África do Sul (1); Zimbábue (1); Alemanha (1); Não cita o País (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista estruturada para aplicação por um clínico experiente.</li> <li>Número de questões: Inclui uma visão geral introdutória seguida de 9 módulos</li> <li>Finalidade: avaliar os principais diagnósticos do Eixo I do DSM (versão III-R quando foi desenvolvido). O SCID fornece diagnósticos para transtornos atuais (último mês) e para a ocorrência pregressa, ao longo da vida.<sup>22</sup></li> <li>Crítérios de pontuação: itens avaliados pela presença ou ausência do sintoma (sim/não) e, em caso positivo, são feitas perguntas como duração e intensidade, para que o clínico decida se o critério diagnóstico foi atendido.</li> </ul>
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) Hamilton <sup>23</sup>	Hamilton Depression Rating Scale (HDRS ou HAM-D), HAM-D 24, HRS-D, HDRS versão italiana.	EUA (15); Reino Unido (5); Itália (2); Alemanha (2); Chile (2); Taiwan (1); Holanda (1); China (1); Quênia (1); Índia (1); Finlândia (1); Não cita o País (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicado por profissional treinado e experiência clínica.</li> <li>Número de questões: Versão original composta por 17 itens.</li> <li>Finalidade: avaliar os sintomas depressivos na última semana.</li> <li>Crítérios de pontuação: pontuados de 0–2, 0–3 ou 0–4, conforme a gravidade dos sintomas, com escore total de 50 pontos. Não tem ponto de corte específico. Acima de 23 pontos, classificada como depressão muito grave; 19–22 grave; 14–8 moderada; 8–13 leve e inferior a 7 ausência de depressão.<sup>24</sup></li> </ul>

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) Cox et al. <sup>25</sup>	EPDS ou Edinburgh Depression Scale (EDS), EPDS versão no Zimbábue.	Reino Unido (5); Chile (4); Holanda (3); Austrália (3); Arábia Saudita (2); Turquia (2); EUA (2); Peru (2); África do Sul (1); Síria (1); Omã (1); Irã (1); Itália (1); Zimbábue (1); Brasil (1); Canadá (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaplicável.</li> <li>• Número de questões: Composto por 10 itens.</li> <li>• Finalidade: avaliar a presença e intensidade dos sintomas depressivos nos últimos 7 dias</li> <li>• Critérios de pontuação: divididos em quatro graduações (0 a 3) com pontuação total de 30 pontos.<sup>25</sup></li> </ul>
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) Zigmond and Snaith <sup>26</sup>	HADS ou HAD, HADS-D - Hospital Anxiety and Depression Scale Depression Subscale, HADS - versão árabe e versão alemã.	Reino Unido (12); Suécia (3); Emirados Árabes Unidos (2); Holanda (2); Lituânia (2); Alemanha (2); Itália (1); França (1); Colômbia (1); Irlanda (1); Catar (1); Canadá (1); Portugal (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaplicável.</li> <li>• Número de questões: 14 itens e dividido em 2 subescalas: uma de ansiedade e uma de depressão, com 7 itens cada.</li> <li>• Finalidade: avaliar os sintomas de ansiedade e depressão na última semana.</li> <li>• Critérios de pontuação: Escores de 0–7 pontos: diagnóstico improvável; 8–11 pontos: possível; e 12–21 pontos: diagnóstico provável.<sup>26</sup></li> </ul>
Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Robins et al. <sup>27</sup>	CIDI-PHC, CIDI-12, M-CIDI (versão Munich), Composite International Diagnostic Interview (CIDI-S) com 19 itens.	Holanda (6); EUA (6); Alemanha (4); Austrália (2); Espanha (2); Brasil (2); Estônia (1); Nova Zelândia (1); Malásia (1); Israel (1); Rússia (1); Noruega (1); Canadá (1); Dinamarca (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista diagnóstica estruturada, aplicada por entrevistador não-clínico treinado e certificado.</li> <li>• Número de questões: composto por 41 módulos clínicos e não clínicos</li> <li>• Finalidade: identificar transtornos mentais e do comportamento em estudos epidemiológicos. Estima o índice de prevalência de diversos transtornos mentais no decorrer da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. Descreve o perfil sintomático e a história do adocimento, gravidade, nível de incapacitação e tratamento de cada transtorno avaliado. O CIDI 3.0 foi ampliado e expandido para ser usado no estudo mundial de saúde mental <i>World Mental Health Surveys</i>.<sup>27</sup></li> <li>• Critérios de pontuação: diagnóstico gerado a partir de algoritmos às respostas com base nas definições e critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização mundial da Saúde e do DSM-IV.</li> </ul>
General Health Questionnaire (GHQ) Goldberg and Williams <sup>28</sup>	GHQ-60, GHQ-12, GHQ-30, GHQ-28.	Reino Unido (6); EUA (4); Itália (2); Alemanha (2); França (2); Austrália (1); Holanda (1); Catar (1); Equador (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaplicável.</li> <li>• Número de questões: versão original com 60 itens. Disponível em versões de 60, 30, 28, 20 e 12 itens.</li> <li>• Finalidade: identificar os casos de transtornos mentais comuns ou de morbidades psiquiátricas menores com base nos sintomas descritos nas duas últimas semanas</li> <li>• Critérios de pontuação: Itens respondidos são avaliados em “menos do que o normal” até “muito mais do que o habitual”, em uma escala de 1–4 pontos. Para o cálculo do score total, são atribuídos valores a cada item; os dois métodos de pontuação mais comumente utilizados são o dicotômico (0-0-1-1) ou tipo <i>Likert</i> (0-1-2-3).<sup>28</sup></li> </ul>

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) Spitzer et al. <sup>29</sup>	PRIME-MD Patient Questionnaire (PQ) <sup>1</sup> , PRIME-MD Clinician Evaluation Guide (CEG).	EUA (10); Holanda (2); Finlândia (1); Suécia (4); Não cita o País (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRIME-MD PQ: Autoaplicável.</li> <li>• Finalidade: avaliar cinco grupos gerais de transtornos mentais comuns com sintomas no último mês.</li> <li>• Número de questões e critérios de pontuação: Composto por 26 questões, sendo 25 dicotômicas (sim/não) e uma questão sobre saúde global do paciente com cinco possíveis respostas (Excelente, Muito boa, Boa, Regular ou Ruim)</li> <li>• PRIME-MD CEG: Entrevista estruturada.</li> <li>• Composta por 5 módulos.</li> <li>• Finalidade: avaliar sintomas depressivos, ansiosos, somatoformes, alimentares e de abuso/dependência de álcool.</li> <li>• Números de questões e critérios de pontuação: os módulos específicos são aplicados com base nas respostas positivas às perguntas de triagem no PRIME-MD PQ.<sup>29</sup></li> </ul>
Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R) Lewis et al. <sup>30</sup>	CIS, CIS-Revised (CIS-R).	EUA (3); Espanha (2); Grécia (2); Japão (1); Croácia (1); China (1); Holanda (1); Nova Zelândia (1); Não cita o País (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista diagnóstica estruturada aplicada por entrevistador treinado.</li> <li>• Número de questões: 14 módulos, sendo 2 questões obrigatórias de rastreio em cada módulo, investigando a ocorrência de sintomas nos últimos 30 dias, seguidas de 4 questões avaliando sintomas nos últimos 7 dias, em caso de resposta positiva às 2 primeiras (totalizando 84 questões).</li> <li>• Finalidade: o CIS-R deriva da sua versão original CIS, usada por entrevistadores clínicos, para a avaliação de transtornos mentais não psicóticos.<sup>30</sup></li> <li>• Critérios de pontuação: os itens são pontuados de 0 a 4 (ou 5) dependendo da gravidade e frequência dos sintomas. Pontuação total de 0 a 57 pontos. Diagnóstico realizado a partir da aplicação de algoritmos, com base na CID-10.</li> </ul>
Zung Self-Rating Depression Scale of Distress (ZSDS) Zung <sup>31</sup>	Zung Self-Rating Depression Scale of Distress and Risk Assessment Method (SDS-Zung ou ZSDS ou SDS), ZSDS versão chinesa e versão japonesa.	Reino Unido (7); Brasil (1), China (1), México (1); Paquistão (1); Quênia (1); Emirados Árabes Unidos (1); Índia (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaplicável.</li> <li>• Número de questões: 20 itens.</li> <li>• Finalidade: avaliar os sintomas afetivos, psicológicos e somáticos nos últimos dias.</li> <li>• Critérios de pontuação: escala <i>Likert</i> varia de 1 (pequena parte de tempo) a 4 (grande parte do tempo). A pontuação máxima é 80 pontos; &lt;50 pontos: normal; 50-59 depressão leve, 60-69 depressão moderada e acima de 70 pontos, depressão grave.<sup>32</sup></li> </ul>
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) Montgomery and Åsberg <sup>33</sup>	MADRS-Self-Rated version (MADRS-S).	Suécia (9); China (1); França (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicado por entrevistador.</li> <li>• Número de questões: 10 itens, sendo 9 baseados no relato do paciente e 1 item, na observação do examinador.</li> <li>• Finalidade: avalia os sintomas depressivos com base no comportamento durante a última semana.</li> <li>• Critérios de pontuação: somatória de pontos que variam de 0-60 pontos.<sup>33</sup></li> </ul>

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Hopkins Symptom Checklist (HSCL) Derogatis et al. <sup>34</sup>	Hopkins Symptom Checklist Depression Scale (HSCL-D), Hopkins Symptom Checklist Depression Scale- 90 itens (HSCL-90 ou SCL-90-R), Hopkins Symptom Checklist Depression Scale- 20 itens (HSCL – 20), Hopkins Symptom Checklist-10 (HSCL-10).	EUA (4); Suécia (1); Reino Unido (1); Noruega (1); Não cita o país (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaplicável.</li> <li>• Número de questões: 25 itens, onde 10 itens avaliam sintomas de ansiedade e 15 itens.</li> <li>• Finalidade: avaliar os sintomas depressivos no último mês.</li> <li>• Critérios de pontuação: escala Likert de 1–4 (1=nada, 2=um pouco, 3=bastante e 4=extremamente). Os escores são calculados para os 10 itens de ansiedade e para os 15 itens de depressão. A pontuação total (média de todos os 25 itens) também é calculada.<sup>34</sup></li> </ul>
Self-Reporting Questionnaire Harding et al. <sup>35</sup>	SRQ – 20, SRQ-20 versão árabe, SRQ –25.	Brasil (2); Etiópia (1); Vietnã (1); Quênia (1); Emirados Árabes Unidos (1); Uganda (1); Índia (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaplicável.</li> <li>• Número de questões: instrumento original com 30 itens (20 para o rastreio de transtornos mentais não psicóticos, cinco para transtornos decorrentes do álcool e quatro para sintomas psicóticos).<sup>35</sup></li> <li>• Finalidade: rastreio de transtornos mentais com ocorrência de sintomas dos últimos 30 dias.</li> <li>• Critérios de pontuação: somatória das respostas dicotômicas (sim/não).</li> </ul>
Diagnostic Interview Schedule's (DIS) Robins et al. <sup>36</sup>	DIS- Revised (DIS-R)	EUA (5); Canadá (1); Não cita o País (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista estruturada aplicada por entrevistadores treinados.</li> <li>• Finalidade: diagnóstico era realizado com base em três critérios: DSM-III, Critérios de <i>Feighner e o Research Diagnostic Criteria</i> (RDC). Abrange mais de 30 transtornos mentais, através de algoritmos.</li> <li>• Critérios de pontuação: os resultados fornecem uma contagem total de pontos baseado nos sintomas (ao longo da vida, nas últimas duas semanas, no último mês, nos últimos seis meses, no último ano e atualmente) para cada um dos três sistemas.<sup>36</sup></li> </ul>
Major Depression Inventory (MDI) Bech and Wermuth <sup>37</sup>	MDI -3 itens (MDI-3)	Dinamarca (5); Israel (1); Croácia (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaplicável.</li> <li>• Número de questões: 10 itens, sendo que o 8 e 10 apresentam dois subitens.</li> <li>• Finalidade: avaliar a frequência dos sintomas de depressão apresentados nas duas últimas semanas<sup>37</sup> com base na CID-10 e DSM-IV, além de estimar a gravidade dos sintomas.</li> <li>• Critérios de pontuação: escala <i>Likert</i> de 0–5 pontos, sendo 0 "em nenhum momento" e 5 "o tempo todo". Escore total de 0–50; pontuação de corte de 26 pontos.</li> </ul>
Children's Depression Rating Scale Poznanski et al. <sup>38</sup>	Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R)	EUA (2); Índia (4).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista semiestruturada aplicado por entrevistador clínico por meio de entrevista com a criança e os pais</li> <li>• Finalidade: diagnóstico de depressão na infância/ adolescência.</li> <li>• Número de questões: 17 itens, com subitens variando de 1–5 ou 1–7.</li> <li>• Critérios de pontuação: totalizam de 17 a 113 pontos, sendo <math>\geq 40</math> é indicativa de depressão; <math>\leq 28</math> pontos é frequentemente usada para definir remissão.<sup>38</sup></li> </ul>

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) Kaufman et al. <sup>40</sup>	Não apresentou versões nos estudos avaliados	EUA (2); Índia (3); Reino Unido (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista semiestruturada aplicada por entrevistador clínico, com experiência em psicopatologia da infância e adolescência, em crianças/adolescentes e nos pais.</li> <li>Finalidade: avaliar 20 categorias diagnósticas, investigando sintomas atuais e ao longo da vida. Composta por (1) parte introdutória; (2) sessão de rastreamento; (3) suplemento para o diagnóstico e (4) Escala de Avaliação Global de Crianças.</li> <li>Critérios de pontuação: a maioria dos itens do K-SADS-PL é pontuada com escala de 0-3 pontos.<sup>40</sup></li> </ul>
Escala K-10 de Kessler Kessler et al. <sup>41</sup>	Escala K-10 de Kessler (K-10), Escala K-6 de Kessler (K-6).	Etiópia (2); Holanda (2); México (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoaplicável.</li> <li>Número de questões: O K10 é composto por 10 itens, sendo o K6 um subconjunto usando apenas os itens 2, 4, 5, 8, 9 e 10.</li> <li>Finalidade: As escalas K10 e K6 avaliam aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos indicando o sofrimento psicológico inespecífico nos últimos 30 dias.</li> <li>Critérios de pontuação: escala Likert variando de 1 a 5, sendo 1 "nunca" e 5 "o tempo todo". Escore total de 6-50 (K10) pontos e 6-30 (K6)<sup>41,42</sup></li> </ul>

Fonte: autores

Legenda: \* O artigo pode ter citado dois ou mais instrumentos, versão/variação e país.

em termos de objetivos, metodologia, cenário de pesquisa e apresentação dos resultados não tornou viável essa análise.

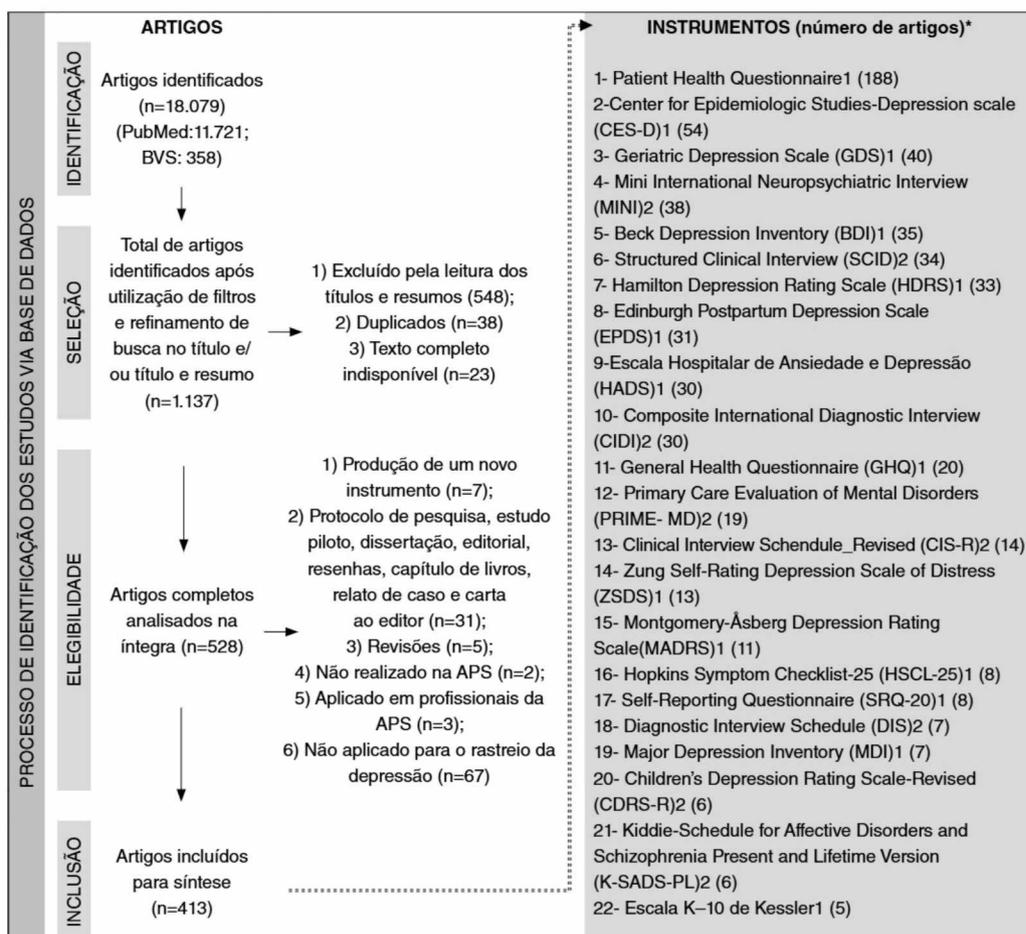
A diferenciação entre instrumentos de rastreio e entrevistas diagnósticas se baseou no conhecimento consolidado na área de epidemiologia dos transtornos mentais. Esse campo possui uma categorização bem estabelecida e clara quanto aos objetivos de cada instrumento na literatura, seja para rastreamento ou diagnóstico.

## RESULTADOS

### Caracterização dos estudos

A estratégia de busca resultou na identificação de um total de 18.079 publicações, das quais 17.721 foram obtidas da base de dados MEDLINE e 358 da LILACS. Após a aplicação dos filtros de idioma e a avaliação dos títulos e resumos, restaram 1.137 artigos relevantes. Posteriormente, houve a exclusão de artigos que não se alinhavam com a temática (totalizando 548), de duplicatas (38) e de estudos com texto completo indisponível (23), o que resultou em 528 estudos para leitura na íntegra. Após essa leitura detalhada, 413 artigos foram considerados para análise, conforme apresentado na Figura 2.<sup>13,14</sup>

Dos estudos incluídos, 49 foram publicados entre 1985 e 2000, 135 entre 2001 e 2010, e 229 entre 2011 e 2021, demonstrando uma média anual de 11 artigos e uma progressiva elevação nas publicações sobre o tema.



Fonte: autores, adaptado de Page et al.<sup>14</sup>

Legenda: \*O artigo pode ter citado um ou mais instrumentos: 1. Instrumento de rastreio; 2. Entrevista diagnóstica.

**Figura 2.** Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos e instrumentos avaliados na revisão integrativa adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Metaanalyses* (PRISMA).<sup>13</sup>

Em relação aos objetivos das pesquisas, observaram-se as seguintes categorias: descrição da prevalência e/ou incidência de depressão em uma determinada população (164); validação do instrumento em um novo idioma ou população (128); investigação da correlação entre depressão e outras condições, como diabetes, neoplasias, hipertensão arterial e HIV (77); avaliação de intervenções terapêuticas em pacientes com depressão (50); e análise da capacidade dos médicos em diagnosticar a depressão (16).

Os estudos envolveram participantes de 68 países. Em termos continentais, predominaram publicações de países europeus (155), com destaque para o Reino Unido (45) e a Holanda (20), seguidos pela América do Norte (134), com 124 artigos originados nos Estados Unidos. Na Ásia, foram publicados

61 artigos, destacando-se a China (13) e a Índia (10). Na América do Sul, foram incluídas 29 publicações, com 16 do Brasil e oito do Chile. A África contribuiu com 20 publicações, a Oceania com 15 e, na América Central, somente uma publicação foi encontrada. Por fim, em nove artigos, o local de realização do estudo não foi mencionado.

Em relação ao tamanho das amostras, prevaleceram estudos com mais de 500 participantes (200), enquanto 83 artigos avaliaram uma população inferior a 199 participantes. Quanto à faixa etária, os estudos incluíram exclusivamente adultos não idosos (186); somente a população idosa (70); idosos e adultos juntos (135); ou apenas adolescentes de 11 a 17 anos (22). Alguns estudos enfocaram gênero, com 41 direcionados à população feminina e somente um ao público masculino adulto.

Além disso, merecem destaque os estudos voltados para populações ou grupos específicos, como indivíduos com diabetes mellitus (18), doenças cardiovasculares (7), gestantes (14) e mulheres no pós-parto (19). Também foram identificados estudos com imigrantes, veteranos militares e adultos de diversas origens étnicas.

### Instrumentos identificados

Conforme mencionado anteriormente, foram identificados 22 instrumentos que foram empregados em cinco ou mais publicações. Observou-se a utilização simultânea de dois ou mais instrumentos em 198 estudos, muitas vezes com o propósito de controle ou comparação diagnóstica (Quadro 1).<sup>15-42</sup>

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ) destacou-se como o instrumento de rastreio mais empregado (em 188 estudos), seguido pela *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale* (CES-D) (em 54 estudos). Foram utilizadas oito entrevistas diagnósticas nos estudos, sendo a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) a mais frequente, utilizada em 38 estudos.

## DISCUSSÃO

Esta revisão tem como objetivo abordar a necessidade de melhorar o cuidado oferecido na APS para indivíduos com transtornos depressivos, devido à sua alta prevalência. O foco está na identificação dos instrumentos de rastreio e diagnóstico mais utilizados em estudos que envolvem usuários nesse nível de atendimento.

Contudo, é fundamental distinguir entre o uso de instrumentos de rastreio por meio de escalas rápidas, que visam aumentar a detecção precoce de casos suspeitos, e a importância da avaliação clínica por meio de entrevistas diagnósticas estruturadas posteriormente. Essas entrevistas têm a finalidade de reduzir a heterogeneidade na coleta e interpretação dos sintomas, resultando em diagnósticos estabelecidos por algoritmos baseados em critérios predefinidos.

Apesar da necessidade de mais estudos, especialmente aqueles que se dediquem a analisar sistematicamente os benefícios e desafios da incorporação desses instrumentos na prática cotidiana dos profissionais da APS, tais ferramentas podem contribuir para uma detecção mais eficaz de indivíduos com depressão, permitindo uma abordagem completa em tempo hábil. Considerando que a literatura enfatiza as dificuldades ainda presentes na APS para efetuar diagnósticos precisos em saúde mental e proporcionar tratamento adequado a grandes segmentos da população, essa estratégia merece uma análise mais aprofundada no contexto dos cuidados primários. No entanto, é importante também ponderar sobre o potencial risco de sobrediagnóstico e sobretratamento (prevenção quaternária).<sup>43,44</sup>

Alguns dos instrumentos de rastreio mais comumente utilizados em pesquisas na APS, como o PHQ-9, o CES-D e o SRQ, apresentam características que os tornam potencialmente vantajosos para o contexto clínico desse nível de atendimento. Eles são de fácil utilização e possuem baixo custo, além de possuírem uma capacidade discriminatória elevada na distinção entre casos e não casos. Além disso, esses instrumentos têm um número reduzido de perguntas, o que significa que sua aplicação exige menos tempo e não necessita de treinamento especializado. Eles também são de acesso gratuito, autoaplicáveis e já contam com uma ampla experiência global em seu uso. Além de abordarem mais de um transtorno, como é o caso dos transtornos alimentares, suas propriedades psicométricas já foram avaliadas em diversas populações.<sup>45</sup> Em algumas circunstâncias, especialmente em regiões com carência de profissionais de saúde e alta vulnerabilidade social, a incorporação de alguns desses instrumentos na rotina de trabalhadores comunitários de saúde poderia ser viável, desde que assegurados os encaminhamentos necessários e o acesso ao tratamento apropriado.

No entanto, uma parte dos instrumentos de rastreio identificados pode apresentar desafios para sua aplicação diária na APS. Por exemplo, alguns instrumentos podem não estar disponíveis para uso público (como o Inventário de Beck), ou podem conter muitas questões (como no caso das versões mais longas do HSCL e GHQ), o que requer mais tempo para serem aplicados. Além disso, esses instrumentos podem ter menos experiência de uso na APS, não terem sido validados para o idioma ou contexto assistencial em questão, possuírem sistemas de pontuação e critérios de positividade complexos e pouco práticos para o ambiente cotidiano, serem direcionados apenas para certos grupos populacionais (como idosos), ou se concentrarem em grupos específicos (por exemplo, puérperas), mas não avaliarem aspectos relevantes para a APS, como é o caso do EPDS, que não considera experiências específicas da maternidade e da interação mãe-bebê. Adicionalmente, os resultados desses instrumentos podem ser fortemente influenciados por características clínicas dos pacientes, como fadiga ou transtornos do sono, o que pode resultar em distorções e dificuldades na avaliação dos resultados em um ambiente clínico diversificado como a APS.<sup>46,47</sup>

Nesse sentido, destaca-se que, no Brasil, foram validados os instrumentos de rastreio PHQ-9,<sup>48</sup> SRQ,<sup>49</sup> CES-D,<sup>50</sup> GDS,<sup>51</sup> HAD,<sup>52</sup> Inventário de Beck,<sup>21</sup> GHQ<sup>53</sup> e MDI.<sup>54</sup> O K6 foi traduzido para o português, mas ainda há carência de estudos sobre suas propriedades psicométricas para a população brasileira.<sup>45</sup>

Quanto as entrevistas diagnósticas, os desafios em sua integração à APS assemelham-se aos dos instrumentos de rastreio. A aplicação prática desses instrumentos diagnósticos no cenário clínico da APS pode ser complexa, especialmente devido à necessidade de treinamento, que pode incluir formação em psiquiatria, ou mesmo à exigência de experiência em psiquiatria infantil, dependendo do público em análise.<sup>45,55</sup> O tempo maior de aplicação também pode ser um dificultador de sua implementação em contextos sobrecarregados com excesso de demanda por atendimento. Por outro lado, são poucas as entrevistas diagnósticas validadas na APS, como é o caso da *MINI* e da *CIS-R*.<sup>30-56</sup> Portanto, são necessários estudos adicionais para uma avaliação completa da implementação dessas ferramentas na APS, levando em consideração as diversas variações socioeconômicas e culturais.

Da totalidade de trabalhos identificados nesta revisão integrativa, percebem-se algumas lacunas e a necessidade de maior ênfase em alguns aspectos. Como se viu, os estudos são predominantemente concentrados na Europa e América do Norte. O Sul Global tem uma presença muito menor nos estudos, embora seja fortemente afetado pela problemática dos transtornos mentais, especialmente a depressão. Isso se aplica ao caso do Brasil, embora este seja o país com maior número de estudos na América Latina. Esse fato tem um impacto significativo quando se trata de elaborar, validar, traduzir

e adaptar instrumentos de rastreio e diagnóstico de condições de saúde tão sensíveis aos aspectos culturais e sociais, como é o caso da depressão. Ainda em relação ao Brasil, também se observa uma concentração desses estudos na região Sudeste, em especial no Rio de Janeiro e em São Paulo, o que pode levantar questões relacionadas à adequação transcultural, ligadas também a fatores internos dos países.<sup>45</sup>

Outro aspecto importante refere-se ao cenário assistencial no qual os instrumentos foram validados, traduzidos e adaptados. Alguns instrumentos utilizados em estudos na APS não foram validados nesse nível de atendimento ou na população em geral, sendo mais comum isso ocorrer no ambiente hospitalar. Isso é evidente nos estudos que utilizam o HADS, uma escala de origem hospitalar.<sup>26</sup> É necessário um esforço para garantir que os instrumentos utilizados na APS sejam adequados do ponto de vista semântico (garantindo o significado das palavras), idiomático (considerando as expressões), experiencial (assegurando a equivalência dos fatos cotidianos vividos) e conceitual, bem como do ponto de vista assistencial.

Também é evidente a falta de estudos em certas populações que são de grande relevância para a APS, como é o caso do grupo infantil. A APS oferece cuidados integrais e longitudinais a todos os grupos etários e sociais, sem distinção. No entanto, transtornos depressivos são comuns em toda a população, e o problema do subdiagnóstico e da não instituição do tratamento mais adequado em tempo oportuno afeta todos os grupos. Nesse sentido, é crucial buscar evitar perpetuar desigualdades e iniquidades no acesso ao cuidado por meio da adoção de estratégias para aprimorar a atenção oferecida, como a utilização de instrumentos de rastreio e entrevistas diagnósticas.

Quanto às limitações desta revisão, é importante mencionar que nem todos os procedimentos recomendados para uma revisão sistemática da literatura foram realizados, o que poderia ter resultado na omissão de estudos relevantes para o objetivo do artigo. Além disso, a seleção de estudos foi baseada em critérios que exigiam a menção do instrumento no título e/ou resumo do artigo, o que pode ter levado a algumas limitações e à perda de estudos relevantes. No entanto, foram adotados diversos procedimentos para aprimorar esta revisão integrativa, como a ausência de restrição de período para a busca, a busca em bases de dados robustas (inclusive uma específica para o contexto latino-americano) e a análise dos artigos por pelo menos dois pesquisadores.

Por outro lado, não foram conduzidas análises específicas de qualidade para cada artigo selecionado, o que poderia fornecer informações sobre os instrumentos frequentemente usados em estudos de alta qualidade na área. Dada a natureza da revisão e o objetivo estabelecido, a diversidade dos estudos acaba sendo benéfica ao proporcionar uma visão ampla do campo e identificar lacunas a serem preenchidas na literatura, especialmente aquelas de maior interesse para a APS e o contexto socioeconômico da população.

Nessa perspectiva, a utilização de instrumentos de rastreio e entrevistas diagnósticas amplamente empregados em estudos epidemiológicos, geralmente aplicados por entrevistadores leigos treinados ou profissionais de saúde capacitados, oferece estimativas padronizadas e a possibilidade de aumentar a detecção e o tratamento precoce dos transtornos depressivos na população adulta.<sup>8,15,16</sup>

Considerando a posição estratégica que a APS ocupa como modelo de atenção no sistema de saúde, organizando seus serviços com base em atributos como acesso, integralidade e oferta de cuidados contínuos ao longo do tempo, funcionando como a porta de entrada preferencial no sistema de saúde para novos problemas individuais e familiares, bem como crises de problemas crônicos, é responsabilidade da APS conduzir o processo de filtragem e identificação precoce dos sintomas depressivos.<sup>57</sup>

Dado o elevado índice de prevalência da depressão e o papel crucial desempenhado pela APS no rastreamento e diagnóstico de transtornos mentais, o objetivo deste estudo foi identificar e descrever, por meio de uma revisão da literatura, os principais instrumentos de rastreamento e entrevistas diagnósticas empregados na avaliação dos sintomas depressivos em pacientes que buscam assistência na APS. Isso poderá ter impacto positivo na prática clínica, facilitando a identificação de casos de depressão, a detecção de grupos de maior risco, o planejamento, a implementação e o acompanhamento de intervenções terapêuticas, bem como a proposição de estratégias para orientar políticas públicas relacionadas à atenção à saúde mental.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) pelo financiamento de bolsa de iniciação científica.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MVB: Administração do projeto, Análise formal, Curadoria dos dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação. FTF: Investigação. MLP: Investigação. TCL: Investigação. ESP: Investigação. KCC: Investigação. TDS: Administração do projeto, Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão. MCV: Administração do projeto, Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Obtenção de financiamento, Supervisão.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [acessado em 02 maio 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
2. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord* 2013;151(3):821-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.020>
3. Pavkovic B, Zaric M, Markovic M, Klacar M, Huljic A, Caricic A. Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. *Psychiatry Res*. 2018;270:483-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.013>
4. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396(10258):1204-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
5. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
6. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17(1):3-12. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)00056-j](https://doi.org/10.1016/0163-8343(94)00056-j)
7. Dantas G, Koplín C, Mayer M, Oliveira FA, Hidalgo MPL. Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos em mulheres na atenção primária. *Rev HCPA* 2011;31(4):418-21.
8. Kagee A, Tsai AC, Lund C, Tomlinson M. Screening for common mental disorders in low resource settings: reasons for caution and a way forward. *Int Health* 2013;5(1):11-4. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ih004>
9. Pupo LR, Rosa TEC, Sala A, Feffermann M, Alves MCGP, Morais MLS. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde Debate* 2020;44(spe3):107-27. <https://doi.org/10.1590/010311042020E311>
10. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* 2018;42(spe1):208-23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

11. Bolsoni LM, Zuardi AW. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):63-9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000058>
12. Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JW, Noleto JCS, Ribeiro KG, et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(1):109-13. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991219>
13. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009;6(7):e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev* 2021;29(1):89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
15. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 1999;282(18):1737-44. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
17. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1(3):385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
18. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17(1):37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
19. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57. PMID: 9881538
20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;561-71. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
21. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Braz J Psychiatry* 2012;34(4):389-94. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
22. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(8):624-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
23. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
24. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry* 2004;161(12):2163-77. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2163>
25. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
26. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
27. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(12):1069-77. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360017003>
28. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the general health questionnaire. Windsor: NFER Nelson; 1988
29. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy 3rd FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272(22):1749-56. PMID: 7966923
30. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22(2):465-86. <https://doi.org/10.1017/s0033291700030415>
31. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
32. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971;12(6):371-9. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)
33. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
34. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*. 1974;19(1):1-15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
35. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10(2):231-41. <https://doi.org/10.1017/s0033291700043993>
36. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(4):381-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780290015001>
37. Bech P, Wermuth L. Applicability and validity of the Major Depression Inventory in patients with Parkinson's disease. *Nord J Psychiatry* 1998;52(4):305-10. <https://doi.org/10.1080/08039489850149741>
38. Poznanski EO, Cook SC, Carroll BJ. A depression rating scale for children. *Pediatrics* 1979;64(4):442-50. PMID: 492809
39. Poznanski EO, Freeman LN, Mokros HB. Children's depression rating scale - Revised (September 1984). *Psychopharmacol Bull* 1985;21(4):979-89

40. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(7):980-8. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
41. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(2):184-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
42. Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M, et al. 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; 19Suppl1(Suppl1):4-22. <https://doi.org/10.1002/mpr.310>
43. Thombs BD, Ziegelstein RC. Does depression screening improve depression outcomes in primary care? *BMJ* 2014;348:g1253. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1253>
44. Negeri ZF, Levis B, Sun Y, He C, Krishnan A, Wu Y, et al. Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2021;375:n2183. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2183>
45. Gorenstein C, Wang YP, Hungerbühler I. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2016
46. Vázquez MB, Míguez MC. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. *J Affect Disord* 2019;246:515-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.075>
47. Dunstan DA, Scott N. Clarification of the cut-off score for Zung's self-rating depression scale. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):177. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2161-0>
48. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública* 2013;29(8):1533-543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
49. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
50. Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiquiatr Clín* 1998;25(5):251-61
51. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005;39(6):918-23. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>
52. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anestesiol* 2006;56(5):470-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942006000500005>
53. Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. Questionário de saúde geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. *Psicol Teor Pesqui* 1994;10(3):421-37
54. Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães ACA, Xavier AJ. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. *J Bras Psiquiatr* 2011;60(3):164-70. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300003>
55. Brasil HHA. Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children present and lifetime version) e estudo de suas propriedades psicométricas [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003
56. Marques JMA, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(4):303-10. <https://doi.org/10.1016/j.genhosp.psych.2008.02.001>
57. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017 [acessado em 23 jun. 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

## 5.2 ARTIGO 2

O artigo está disponível em DOI: 10.1111/eip.13460.

Received: 3 June 2023 | Accepted: 21 August 2023  
DOI: 10.1111/eip.13460

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

## The performance of K6 as a screening tool for mood disorders: A population-based study of the São Paulo metropolitan area

Meirielli Vieira Bruzeguini<sup>1</sup> | Rafael Bello Corassa<sup>2</sup> | Yuan-Pang Wang<sup>3</sup> |  
Laura Helena Andrade<sup>3</sup> | Thiago Dias Sarti<sup>4</sup> | Maria Carmen Viana<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Postgraduate Program in Collective Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil  
<sup>2</sup>Postgraduate Program in Tropical Medicine and Public Health, Federal University of Goiás, Goiânia, Brazil  
<sup>3</sup>Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica, Departamento e Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - LIM 23, São Paulo, Brazil  
<sup>4</sup>Department of Social Medicine, Postgraduate Program in Collective Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil

**Correspondence**  
Meirielli Vieira Bruzeguini, Postgraduate Program in Collective Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil.  
Email: meiriellibruzeguini@gmail.com

**Funding information**  
State of São Paulo Research Foundation, Grant/Award Number: 03/00204-3; Vitória Foundation for Science and Technology, Grant/Award Number: 002/2003

**Abstract**  
**Aim:** The use of screening instruments allows the detection of psychological and behavioural manifestations there are often not identified in users of health services. We evaluated the performance of the Kessler Psychological Distress Scale (K6) in identifying mood disorders (MD), using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) as gold-standard, in a population-based sample ( $n = 5037$ ) of adult residents of metropolitan São Paulo.  
**Methods:** Sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and accuracy were calculated to assess the performance of K6 in detecting 30-day CIDI MD. All cut-points for each disorder were analysed using the Youden index and the area under the receiver operating characteristic curve (AUC), and the best cut-points were identified. Cronbach's alpha was calculated to assess internal consistency.  
**Results:** In total, 5.5% respondents screened positive for any MD (95% IC 4.84–6.14). A good detection performance was observed for all MD, with AUC values for any MD of 0.91 (95% IC 0.89–0.92), ranging from 0.80 (95% CI 0.71–0.98) for minor depression to 0.93 (95% CI 0.87–0.98) for bipolar I disorder. Best cut-points for each MD were identified, with overall sensitivity and specificity of 88.8% and 80.2%, respectively. Cronbach's alpha was 0.83.  
**Conclusions:** K6 is a good screening tool for MD in the Brazilian population. It is a brief and easy to use instrument that can promote the early identification and treatment of MD, reducing the burden of mental illness.

**KEYWORDS**  
CIDI, K6, Kessler Psychological Distress Scale, mental disorders, primary health care

### 1 | INTRODUCTION

Mood disorders substantially contribute to high morbidity and mortality rates, global disease burden and decreased quality of life in all age groups, constituting a major public health concern (GBD, 2017; Guerra et al., 2016; Kessler et al., 2005; Vigo et al., 2016; WHO, 2017).

Major depressive disorder (MDD) is one of the leading causes of disability worldwide (GBD, 2019). MDD is the more frequent mental disorder in most cultures, being more common among women

All persons who meet authorship criteria are listed as authors, and all authors certify that they have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content, including participation in the concept, design, analysis, writing or revision of the manuscript. Furthermore, each author certifies that this material or similar material has not been and will not be submitted to or published in any other publication before its appearance in the *Early Intervention in Psychiatry*.

Early Intervention in Psychiatry, 2023, 1–9. | wileyonlinelibrary.com/journal/eip | © 2023 John Wiley & Sons Australia, Ltd. | 1

## 5.3. ARTIGO 3

O artigo está disponível em DOI: 10.1111/eip.13582.

Received: 29 November 2023 | Revised: 14 May 2024 | Accepted: 20 May 2024

DOI: 10.1111/eip.13582

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

## Perceptions of physicians on the use of screening tools for mental disorders in primary health care in Brazil

Meirielli Vieira Bruzeguini<sup>1</sup> | Maria Carmen Viana<sup>2</sup> | Thiago Dias Sarti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Postgraduate Program in Collective Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil

<sup>2</sup>Department of Social Medicine, Postgraduate Program in Collective Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil

### Correspondence

Meirielli Vieira Bruzeguini, Postgraduate Program in Collective Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória/ES, Brazil.  
Email: meiriellbruzeguini@gmail.com

### Abstract

**Aim:** This study aimed to analyse perceptions, knowledge and ways of incorporating screening tools for mental disorders (MDs) into the daily practice of physicians working in primary health care (PHC) in the Brazilian public health system.

**Methods:** This is a descriptive qualitative study with a sample of 24 physicians. The data collected in the semi-structured interviews were subjected to reflective thematic analysis.

**Results:** The use of screening tools was low, not only due to lack of knowledge, but also due to reasoned criticism of this strategy developed by physicians trained in PHC. Physicians also presented a scenario of chaos, work overload and the fragility of the psychosocial care network as barriers to effective care of patients with MDs and to the incorporation of innovations in this care.

**Conclusions:** Interventions aimed at improving the quality of mental health care should include training on the topic, (re)organizing work processes, strengthening the health care network and producing robust scientific evidence on interventions aimed at qualifying professionals in mental health in PHC.

### KEYWORDS

mass screening, mental disorders, mental health, primary health care

## 1 | INTRODUCTION

Mental disorders (MDs) are among the leading causes of morbidity and disability in the general population worldwide, with estimates of a significant increase in the global burden of MDs in recent years (GBD, 2021; GBD, 2022). MDs have a significant impact across the world, affecting nearly a billion people. Depending on the type and severity of the disorder, affected individuals may have a reduced life expectancy of an average of 10–20 years compared to the general population. Furthermore, MDs represent one of the main causes of global disability, contributing to approximately one in every 4 years lived with disability in the young and economically active population (GBD, 2020; GBD, 2022). Estimates from the World Health Organization (WHO) predict that one in four people will suffer from some mental disorder throughout their lives, which is equivalent to 25% of the population, and that 22% of the population will experience

episodes of anxiety and depression at some point of life, with a considerable increase predicted in the number of cases in the coming years (GBD, 2021; GBD, 2020; WHO, 2017).

MDs exert significant pressure on health systems, challenging the training of health professionals, the sizing of the workforce to meet the growing demand for health care, the coordination of services of different levels of complexity and the identification and treatment of people affected by these disorders. Estimates indicate that a significant portion of people who seek care in primary health care (PHC)—ranging from a third to half—have some mental disorder. Therefore, organizing the health infrastructure to effectively deal with and intervene in mental health issues remains a primary challenge within the context of the Unified Health System (UHS) (Fortes et al., 2011; Pupo et al., 2020; Roca et al., 2009).

In this sense, PHC plays a central role in the care of patients with MDs, as it is the preferred gate keep to the health care network

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o conhecimento dos médicos sobre os instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando sua alta prevalência e os impactos negativos associados. Embora os desafios como a comunicação humanizada e a resistência à padronização sejam apontados como obstáculos, os achados reforçam que o uso estratégico desses instrumentos pode contribuir para um diagnóstico mais ágil e preciso, possibilitando intervenções oportunas e melhorando o desenvolvimento.

As narrativas dos profissionais revelaram que a abordagem centrada na pessoa e a comunicação humanizada são frequentemente vistas como barreiras ao uso de questionários padronizados. No entanto, esses instrumentos, apesar de não fornecerem um diagnóstico definitivo, auxiliam na identificação precoce dos transtornos depressivos e podem qualificar a assistência ao integrar diferentes métodos de avaliação. No contexto da APS, sua utilização se mostra relevante para aprimorar a triagem e otimização do cuidado oferecido aos pacientes. No entanto, dificuldades estruturais e políticas ainda representam desafios para a efetividade do cuidado em saúde mental, evidenciando a necessidade de melhorias na promoção da saúde.

Diante disso, torna-se essencial a capacitação contínua dos profissionais de saúde, além de investimentos em infraestrutura e aprimoramento das políticas públicas externas à APS. O fortalecimento do conhecimento e a adoção de estratégias integradas podem favorecer o diagnóstico precoce e o manejo adequado dos transtornos depressivos, reduzindo os impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes e no sistema de saúde como um todo.

Além disso, a identificação precoce e o tratamento adequado dos transtornos depressivos podem minimizar afastamentos prolongados do trabalho, reduzir a necessidade de concessão de benefícios permanentes e diminuir os custos previdenciários. Desta forma, garantir melhores condições de trabalho e qualificação profissional aos médicos da APS pode contribuir significativamente para um atendimento mais eficiente e humanizado da população.

Na prática pericial, a identificação precoce dos transtornos depressivos bem documentados permite avaliar com maior precisão o impacto funcional do transtorno no desempenho profissional, evitando subdiagnósticos ou superestimações de incapacidade. A detecção precoce e o início oportuno do tratamento também reduzem as chances de agravamento do quadro depressivo, minimizando afastamentos prolongados e a necessidade de benefícios por incapacidade. Dessa forma, investimentos contínuos em capacitação profissional, infraestrutura e políticas públicas específicas são fundamentais para garantir um cuidado integral e humanizado aos indivíduos com transtornos depressivos, resultando na mitigação de impactos sociais, econômicos e familiares.

## 6.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A ampliação do conhecimento sobre os instrumentos de rastreamento e entrevistas diagnósticas na aplicação da prática clínica deve ser aprofundada por meio de novos estudos. Pesquisas futuras podem avaliar a efetividade dessas ferramentas na detecção de transtornos depressivos e sua integração ao modelo de cuidado da APS, garantindo avanços na assistência à saúde.

O início do tratamento reduz a progressão da doença e melhora a qualidade de vida dos indivíduos, o que reflete diretamente na diminuição dos custos previdenciários e no impacto social dos transtornos depressivos. Assim, torna-se essencial o investimento contínuo na capacitação dos profissionais de saúde e na melhoria das condições de trabalho na APS, garantindo um cuidado integral, humano.

## 7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.A.C; DIAS, L.C. Abordagem em saúde mental pelo médico de família e comunidade. In GUSSO G, LOPES JMC, DIAS LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.p.315-339.

ALCÂNTARA, A.M; FIGEL, F.C; CAMPESE, M; SILVA, M.Z.da. Prescription of Psychotropic Drugs in Primary Health Care in the context of the Covid-19 Pandemic. Research, Society and Development. 2020: [S. I.], v. 11, n. 4, p. e19911420210, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.20210.

AMARANTE, P.D.C. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.120p.

ANDREOLI, S.B; MARI, J.J; BLAY, S.L. Escalas de rastreamento em psicopatologia. In: Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000;45-52.

ARROLL, B. et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. The Annals of Family Medicine, v. 8, n. 4, p. 348–353, 1 jul. 2010.

BARCSAK, D.S. Validade de escala de rastreamento de depressão em idosos: importância de um teste de aplicação rápida [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de fevereiro de 2002. Seção 1, p.22.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.86p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2

às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 2012. Seção 1, p.23.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Portaria nº3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de nº3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

BRITO, V.C.de A. BELLO-CORASSA, R; STOPA, S.R; SARDINHA, L.M.V; DALH, C.M; VIANA, M.C. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2022 jul; 31: e2021384. DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>

BONADIMAN, C.S.C; PASSOS, V.M de A; Mooney, M; Naghavi, M; Melo, A.P.S. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença 1990 e 2015. Rev. Bras. Epidemiol. 2017;20(Suppl 01). DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>

CHERPITEL, C.J. Performance of screening instruments for identifying alcohol dependence in the general population, compared with clinical populations. Alcohol Clin Exp Res. 1998 Oct;22(7):1399-404. doi: 10.1111/j.1530-0277.1998.tb03926.x.

COSTA, C.O da; BRANCO, J.C, Vieira, I.S, SOUZA, L.D de M, SILVA, R.A da. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. J bras psiquiatr. 2019 Apr;68(2):92–100. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.

CRAWFORD, M. J. et al. The recognition and treatment of depression in older people in primary care. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1998 mar;13 (3):172–176.

CUNHA, J.A. Psicodiagnóstico V. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAVIDSON, J.R; MELTZER-BRODY, S.E. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem. The Journal of clinical psychiatry, v. 60 Suppl 7, p. 4–9; discussion 10-1, 1 jan. 1999.

DA SILVA FILHO, J; BEZERRA, A. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *Id on Line Revista de Psicologia*, v. 12, p. 613–627, 30 maio de 2018.

DELFINI, P.S de S; SATO, M.T; ANTONELI, P de P; GUIMARÃES, P.O da S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14:1483–92.

DE LIMA OSÓRIO, F; VILELA MENDES, A; CRIPPA, J.A, LOUREIRO, S.R. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect. Psychiatr Care*. 2009 Jul;45(3):216-27. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x. DESVIAT M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DIAS, C.de S., DE OLIVEIRA JÚNIOR, P.C.S; DE BARROS, N. B; FRANCISCO, J. Os efeitos adversos do consumo a longo prazo dos benzodiazepínicos psicotrópicos em homens e mulheres idosos. *Brazilian Journal of Development*.2023; 9(5):17892–17907. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n5-227>

EVANS-LACKO,S; AGUILAR-GAXIOLA, S; AL-HAMZAWI, A; ALONSO, J; BENJET, C; BRUFFAERTS, R; THORNICROFT, G. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*. 2018;48(9):1560-1571. DOI:10.1017/S0033291717003336.

FACCHINI, L.A; TOMASI, E; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*. 2018 set; 42,(spe1): 208–223.

FRANÇA, M.H; PEREIRA, F.G; WANG, Y.P; ANDRADE, L.H; ALONSO, J; VIANA, M.C. Individual and population level estimates of work loss and related economic costs due to mental and substance use disorders in Metropolitan São Paulo, Brazil. *Journal of Affective Disorders*. 2022: 296:198–207.

FLECK, M.P de A, LIMA, A.F.B da S; LOUZADA, S; SCHESTASKY, G; HENRIQUES, A; BORGES, V.R. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002 Aug;36(4):431–8. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000400008>

FLETCHER, R.H; FLETCHER, S.W; WAGNER, E.H. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.

FONSECA, M.L.G; GUIMARÃES, M.B.L; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. Rev APS 2008;11(3)285-294.

FRASER, K; OYAMA, O; BURG, M.A; SPRUILL, T; ALLESPACH, H. Counseling by Family Physicians: Implications for Training. Fam Med. 2015;47(7)517-523.

GLOBAL BURDEN DISEASE (GBD). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2163-96. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2. Erratum in: Lancet. 2013 Feb 23;381(9867):628.

\_\_\_\_\_. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (accessed on 24/Jun/2021). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

\_\_\_\_\_. Global, regional, and national Burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry, 2022; 9: 137-50. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)

\_\_\_\_\_. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021; 398, 1700-1712. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

GONÇALVES, D.A; MARI, J.J; BOWER, P; GASK, L; DORWICK, C; TÓFOLI, L.F; CAMPOS, M; PORTUGAL, F.B; BALLESTER, D; FORTES, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. Cad Saúde Pública 2014;30(3):623-32.

GORENSTEIN, C; WANG, Y-P; HUNGERBÜHLER, I.(Org). Instrumentos de Avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GREDEN, J.F. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. The Journal of Clinical Psychiatry.2001;62 (Suppl 22):5-9.

HELMAN, C. Cultura, saúde, doença. 5ªed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

HODGES, B; INCH, C; SILVER, I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review. *The American Journal of Psychiatry*. 2001 out;158(10):1579–1586.

JORM, A.F; PATTEN, S.B; BRUGHA, T.S; MOJTABAI, R. Has increased provision of treatment reduce the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*, 2017;16:90-99. <https://doi.org/10.1002/wps.20388>

KAGEE, A; TASAI, A.C; LUND, C; TOMLINSOM, M. Screening for common mental disorders in low resource settings: reasons for caution and way forward. *Int Health*. 2013; 5(1): 11-14.

KAWAMURA, T. Interpretação de um teste sob a visão epidemiológica: eficiência de um teste. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.2002;79:437–441.

KIRMAYER, L. J. et al. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *The American Journal of Psychiatry*.1993;150(5):734–741.

LANGNER, T.S, A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *J Health Hum Behav*.1962;(3):269-76.

LIMA, M.C.P.et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*.2008;42:717–723.

LOPES, C.S; HELLWIG, N; SILVA, G.A; MENEZES, P.R. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. *Int J for Equity Health* 2016; 15: 154.

MANGOLINI, V.I; ANDRADE, L.H; WANG, Y-P. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. *Revista de Medicina*. 2019;98(6):415–422.

MACHADO, D.K. de S; CAMATTA, M.W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. *Caderno Saúde Coletiva*, 2013; 21(2):224-232.

MARTINS, V.K.L; et al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2015; 7(1):1905-1914. DOI:10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1905-1914.

MEDEIROS, C.R.G; JUNQUEIRA, A.G.W; SCHWINGEL, G; CARENO, I; JUNGLES, L.A.P; SALDANHA, O.M.F.L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implantação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(1):1521-31.

MENEZES, A.L.A; ATHIE, K; FAVORETO, C.A.O; ORTEGA, F; FORTES, S. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface. Botucatu*. 2019 [acesso em 2023 Jan 20]; 23: e170803. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170803>

MINOZZO, F; COSTA. I.I. da. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Revista Latino Americana Psicopatologia Fundamental*. 2013;16(3):438-450.

MOLINE, J; LOPES, S.M.B. Saúde Mental na Atenção Básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde Soc*. 2013; 22(4):1072-1083.

MOREIRA, M.I.B; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde Soc*. 2017; 26(2):462-474.

OYAMA, O; BURG, M.A; FRASER, K; KOSCH, S.G. Mental health treatment by family physicians: current practices and preferences. *Fam Med*. 2012;44(10):704-711.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e Diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RÉZIO L.de A.;MORO, T.N; MARCON, S.R; FORTUNA, C.M. Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. *Interfaces (Botucatu)*. 2015;19(1):793-803.

PATEL, V; CHISHOLD, D; PARIKH, R. et al. Addressing the Burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. 2016;387:1672-1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1995.

PINHO, L.B. et al. A avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack: relatórios de pesquisa, 2014. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PRINCE, M; PATEL, V; SAXENA, S; MAJ, M; MASELKO, J; PHILLIPS, M.R; RAHMAN, A. No health without mental health. Lancet. 2007;370(9590):859-77.

RODRIGUES, G.V. Médicos de Família e Comunidade como médicos ideias para as equipes de Saúde da Família: evidências de um estudo ecológico longitudinal sobre ICSAP entre 2017 e 2021 no município de Belo Horizonte para informar políticas de saúde pública. Belo Horizonte, 2022 [tese de mestrado] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).143p.

SADOCK, B.J. Kaplan & Sadock-Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico]/Benjamin J. Sadock, Virginia A Sadock, Pedro Ruiz; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ...[et al.]- 11.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017. p.1490.

SCAZUFCA, M; MENEZES, P; TABB, K; KESTER, R; RÖSSLER, W; HUANG, H. Identification and treatment of depression of older adults in primary care: findings from the São Paulo Ageing and Health Study. Fam Pract. 2016 Jun;33(3):233-7. doi: 10.1093/fampra/cmz062.

SIMON, G.E; VONKORFF, M; PICCINELLI, M; FULLERTON, C; ORMEL, J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med. 1999 Oct 28;341(18):1329-35. doi: 10.1056/NEJM199910283411801.

SPITZER, R.L; WILLIAMS, J.B; KROENKE, K; LINZER, M; DEGRUY, F.V, HAHN, S.R; BRODY, D; JOHNSON, J.G. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA. 1994 Dec 14;272(22):1749-56.

STARFIELD, B. Is primary care essential? Lancet. 1994; 344(8930):1129–1133.

TYLEE, A; FREELING, P, KERRY, S; BURNS, T. How does the content of consultations affect the recognition by general practitioners of major depression in women? *Br J Gen Pract.* 1995 Nov;45(400):575-8

TRAUTMANN, S; REHM, J; WITTCHEN, H. The economic costs of mental disorders. *EMBO Reports.* 2016; 17(9):1245–1249.

THORNICROFT, G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet,* 2007; 370:807-808. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61392-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61392-0)

VALENTINI, W; LEVAV, I; KOHN, R; MIRANDA, C.T; MELLO, A.A; MELLO, M.F; RAMOS, C.P. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão [An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression]. *Rev Saúde Pública.* 2004 Aug;38(4):522-8. Portuguese. doi: 10.1590/s0034-89102004000400007.

VIANA, M.C; ANDRADE, L.H. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of-Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34 (3), 249–260.

YASUI, S; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate,* 2008:32(78,79,80),27-37.

WAIMAN, M.A.P; RADOVANOVIC, C.A.T; SCARDOELLI, M.G.C; ESTEVAM, M.C; PINI, J.S; BRISCHILIARI, A. Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiência de um grupo de pesquisa. *Ciênc Cuid Saúde.* 2009; 8(1):97-103.

WENCESLAU, L.D; ORTEGA, F. Saúde Mental na atenção primária e Saúde Mental Global: Perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface: Communication, Health, Education, Botucatu* 2015; 19(55)1121-1132.

WITTKAMPF, K.A; NAEIJE, L; SCHENE, A.H; HUYSER, J; VAN WEERT, H.C. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007 Sep-Oct;29(5):388-95. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2007.06.004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR [internet]. Geneva:WHO, 1978. [cited 2021 Jan 03]. Available from: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra,2001. p.1-206.

\_\_\_\_\_. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: 2017.World Health Organization.

\_\_\_\_\_.ICD-11 implementation or transition guide. Geneva: WHO, 2019.

# ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

O(A) Sr(a), \_\_\_\_\_, foi convidado (a) para participar da pesquisa intitulada "**IDENTIFICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS DA DEPRESSÃO UTILIZADOS PELOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**", sob responsabilidade da pesquisadora MEIRIELLI VIEIRA BRUZEGUINI, doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. (UFES). Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa assinando ao final deste documento, que está em duas vias: uma delas ficará sob meu domínio e outra via ficará com a pesquisadora

## 1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Sabemos que na população existem muitos indivíduos com transtornos mentais (psiquiátricos), incluindo a depressão. Essas pessoas frequentemente têm sua vida atrapalhada de alguma maneira e acabam apresentando sofrimento. Estes problemas muitas vezes não são percebidos como doença ou relatados aos profissionais de saúde e não recebem o tratamento que deveriam. O trabalho em questão aborda o grau de conhecimento dos médicos que atuam no atendimento às pessoas que possam ter esses problemas mentais (especialmente a depressão) durante a consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS).

O objetivo desse estudo é conhecer quais os instrumentos diagnósticos utilizados na abordagem do atendimento médico aos usuários dos serviço de saúde na UBS e também estimular o conhecimento e a utilização de instrumentos de avaliação da depressão durante o atendimento médico nas unidades básicas de saúde.

## 2. PROCEDIMENTOS

Os médicos que atuam nas Unidades Básica de Saúde participarão de uma entrevista que será guiada por um roteiro de questões semiestruturado. As questões analisarão o grau de conhecimento dos profissionais na abordagem do paciente com suspeita ou diagnóstico de depressão durante a consulta médica. Por exemplo, o roteiro aborda a utilização de instrumento diagnóstico na avaliação da depressão em pacientes que buscam atendimento na UBS, quais são os encaminhamentos dos pacientes com diagnósticos de depressão e as experiências pessoais no contexto da doença. É garantido ao participante do projeto o direito de recusar a responder a perguntas que ocasionem constrangimentos de alguma natureza ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

As entrevistas serão realizadas preferencialmente em modo presencial, em local de sua escolha. O local deve ser organizado de tal forma a garantir o sigilo, a privacidade e seu conforto. Caso prefira ser entrevistado em local de escolha da equipe, será disponibilizada uma sala privativa do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFES, nesse caso, a equipe de pesquisa se responsabiliza pelo seu transporte até o local e sua volta ao local de origem. Todas as medidas de segurança preconizadas na contenção da pandemia serão adotadas pela pesquisadora (ex. uso de máscara). Se por qualquer motivo a entrevista não puder ser realizada presencialmente, podemos

Data

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador

recorrer no formato on-line pela plataforma Google Meet ou em outra plataforma de sua escolha. Nesta opção, os mesmos cuidados quanto ao sigilo e privacidade serão adotados.

O encontro virtual será agendado respeitando a disponibilidade do participante e da pesquisadora, e são retomados os objetivos da pesquisa, bem como esclarecidas dúvidas com relação aos procedimentos assegurando o sigilo da entrevista. Desta forma, acredita-se que o uso de tecnologia auxiliará a pesquisa na medida e quem visa trazer flexibilidade e diálogo com os participantes, assim como respeito pelas questões ética e de sigilo. Será enviado um link para o participante que dará acesso a sala virtual que ocorrerá a entrevista.

A gravação da entrevista será realizada apenas com a anuência do participante em formato de áudio (nos formatos presencial e online) e vídeo (apenas nas entrevistas realizadas online) para posterior transcrição das informações na íntegra pela pesquisadora. Essa gravação será acessada apenas pela pesquisadora e em hipótese alguma será compartilhada com outras pessoas ou em meio público. A concordância com o TCLE será solicitada de forma verbal e encaminhado ao e-mail do participante a resposta por escrito com a concordância dos termos.

Este TCLE deverá ser assinado em **duas vias**: uma delas ficará sob o domínio do pesquisador e outra com o participante da pesquisa, conforme a resolução **CNS 466/12**.

### 3. DESCONFORTOS E RISCOS

Esta pesquisa traz riscos mínimos ao participante, em geral restritos a um possível constrangimento durante a entrevista no que diz respeito a alguma pergunta mais sensível ao participante. Este potencial risco será minimizado pela garantia de manutenção do sigilo, privacidade do local e do conteúdo da entrevista, além da possibilidade garantida ao participante de não responder qualquer pergunta feita ou interromper a entrevista a qualquer momento, e a não existência no roteiro da entrevista de perguntas de cunho pessoal, restringindo-se a questões relacionadas ao trabalho médico da APS.

### 4. BENEFÍCIOS ESPERADOS

O benefício desta pesquisa será a ampliação do conhecimento científico dos profissionais médicos acerca de instrumentos diagnósticos de rastreio para depressão que podem ser utilizados nos serviços de APS, subsidiando uma melhor assistência sistematizada e humanizada, permitindo maior integralidade no cuidado ao paciente, padronizando as ações da equipe, auxiliando nos registros de prontuários médicos com organização de informações de saúde promovendo mudanças na prática e cuidado de saúde com ações unificadas com os serviços de assistência à saúde mental.

### 5. MÉTODOS ALTERNATIVOS EXISTENTES.

O diagnóstico da depressão é feito por meio de entrevistas. Não há um exame de laboratório ou de imagem que substitua as entrevistas. Os instrumentos que auxiliam o diagnóstico são questionários utilizados especialmente para profissionais de saúde não especializados em saúde mental e na percepção das pessoas que elas podem estar necessitando de cuidados de saúde nesta área.

Não há obrigatoriedade de participação no projeto para a inclusão do fornecimento das informações sobre os instrumentos de triagem utilizados no diagnóstico da depressão, o qual também poderá ser fornecido sem o preenchimento do protocolo de pesquisa, caso o médico tenha interesse sobre o tema. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer penalidade ou prejuízo à continuidade de seu tratamento.

### 6. FORMA DE ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A investigadora principal é a médica, Meirielli Vieira Bruzeguini, que pode ser encontrada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro

Data

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador

de Ciência da Saúde, na Avenida Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Vitória - ES, CEP 05403-010, telefone: (27) 999471900, e-mail: drameirielli@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Marechal Campos, 1468 - Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES - tel: 3335-7211 ramais 16, 17, 18 – e-mail: cep.ufes@hotmail.com.

#### 7. GARANTIA DE SIGILO E PRIVACIDADE

O participante poderá limitar as informações àquelas que queira fornecer. A pesquisadora se responsabiliza sobre os dados obtidos e garante a proteção da imagem do voluntário, sem utilizar as informações em prejuízo dos indivíduos participantes. No processo publicação dos dados obtidos, os participantes serão identificados por codificação de forma a garantir o anonimato da pesquisa.

Os documentos e arquivos da gravação das entrevistas ficará em guarda da pesquisadora principal por período de cinco anos, conforme estabelecido na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12 e armazenado em unidade de disco rígido.

Os dados serão analisados em conjunto com outros pesquisadores, não sendo divulgada a identificação de nenhum voluntário, bem como suas informações serão utilizadas apenas para os fins propostos no protocolo.

#### 8. ESCLARECIMENTO ANTES E DURANTE A PESQUISA SOBRE A METODOLOGIA.

O participante também receberá individualmente as informações sobre o protocolo. Os pesquisadores garantem que os indivíduos terão o direito de esclarecer qualquer dúvida antes e durante o estudo. Os participantes também têm o direito de se manterem atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas ou de outros resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

#### 9. FORMAS DE RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo preenchimento de protocolos e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **"IDENTIFICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS DA DEPRESSÃO UTILIZADOS PELOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"**.

Eu discuti com a pesquisadora Meirielli Vieira Bruzeguini, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo (a) pesquisador(a).

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa **IDENTIFICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS DA DEPRESSÃO UTILIZADOS PELOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, eu, MEIRIELLI VIEIRA BRUZEGUINI declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
MEIRIELLI VIEIRA BRUZEGUINI

Data

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador

## ANEXO II - PARECERES CONSUBSTANCIADOS DOS COMITÊS DE ÉTICA E PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE RASTREIO E O CUIDADO DE PACIENTES COM DEPRESSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** Meirielli Vieira Bruzeguini

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 56215822.1.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.488.800

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa exploratória, junto a 20 médicos que atuam como generalistas e/ou médicos de família e comunidade em serviço público de Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família) do Sistema Único de Saúde dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo: Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória.

Este estudo tem por objetivo investigar as percepções sobre o rastreamento e o cuidado de pessoas com depressão de profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Os dados serão coletados por entrevistas semiestruturadas. E os dados serão analisados por análise de conteúdo e análise de conteúdo proposta por Bardin.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Investigar as percepções sobre o rastreamento e o cuidado de pessoas com depressão de profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde

**Objetivo Secundário:**

<b>Endereço:</b> Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar			
<b>Bairro:</b> S/N		<b>CEP:</b> 29.040-091	
<b>UF:</b> ES	<b>Município:</b> VITORIA		
<b>Telefone:</b> (27)3335-7211		<b>E-mail:</b> cep.ufes@hotmail.com	

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 5.488.800

Compreender a estruturação do cuidado a pessoas que estão com suspeita ou com diagnóstico de depressão em serviços de Atenção Primária à Saúde na perspectiva do profissional médico;

Identificar quais os principais instrumentos de rastreio para depressão utilizados durante a consulta médica nas UBS;

Investigar o grau de conhecimento pelos profissionais médicos na utilização dos instrumentos diagnósticos de rastreio para depressão;

Propagar o conhecimento sobre a utilização de instrumentos diagnósticos utilizados precocemente no diagnóstico da depressão;

Realizar boas práticas para melhorar a qualidade do atendimento médico na APS em pacientes com transtornos mentais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador apresenta como riscos e benefícios:

**Riscos:** "Esta pesquisa traz riscos mínimos ao participante, em geral restritos a um possível constrangimento durante a conversa no que diz respeito a alguma pergunta mais sensível ao participante. Este potencial risco será minimizado pela garantia de manutenção do sigilo, privacidade do local e do conteúdo da entrevista, além da possibilidade garantida ao participante de não responder qualquer pergunta feita ou interromper a entrevista a qualquer momento, e a não existência no roteiro da entrevista de perguntas de cunho pessoal, restringindo-se a questões relacionadas ao trabalho do médico na APS".

**Benefícios:** "O benefício desta pesquisa será a ampliação do conhecimento científico dos profissionais médicos acerca de instrumentos diagnósticos de rastreio para depressão que podem ser utilizados nos serviços de APS, subsidiando uma melhor assistência sistematizada e humanizada, permitindo maior integralidade no cuidado ao paciente, padronizando as ações da equipe, auxiliando nos registros de prontuários médicos com organização de informações de saúde promovendo mudanças na prática e cuidado de saúde com ações unificadas com os serviços de assistência à saúde mental".

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
**Bairro:** S/N **Município:** VITORIA **CEP:** 29.040-091  
**UF:** ES **Telefone:** (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 5.488.800

Os riscos e benefícios estão em conformidade com a Resolução CNS 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- A versão anterior apresentava pendências, as quais foram respondidas nesta versão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta em conformidade:

- Documento de aceite para a coleta de dados
- Folha de rosto
- TCLE
- Carta Resposta ao Parecerista
- Projeto Brochura

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não constam pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1900090.pdf	02/06/2022 22:51:26		Aceito
Outros	Respostasdoparecer2.pdf	02/06/2022 22:40:51	Meirielli Vieira Bruzeguini	Aceito
Outros	gerenciasesa.pdf	02/06/2022 22:36:03	Meirielli Vieira Bruzeguini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APS_.pdf	02/06/2022 22:26:00	Meirielli Vieira Bruzeguini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	02/06/2022 22:24:37	Meirielli Vieira Bruzeguini	Aceito
Outros	RespostaParecerCEP.pdf	03/04/2022 16:19:54	Meirielli Vieira Bruzeguini	Aceito
Outros	TermoAprovado.pdf	03/04/2022 16:18:19	Meirielli Vieira Bruzeguini	Aceito

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
**Bairro:** S/N **CEP:** 29.040-091  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 5.488.800

Folha de Rosto	plataformabrasil_assinado.pdf	23/02/2022 09:21:02	Meirielli Vieira Bruzequini	Aceito
----------------	-------------------------------	------------------------	--------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITÓRIA, 24 de Junho de 2022

**Assinado por:**

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
**Bairro:** S/N **CEP:** 29.040-091  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
**HELDER MAUAD - SIAPE 1173222**  
Diretor do Centro de Ciências da Saúde  
Centro de Ciências da Saúde - CCS  
Em 21/02/2022 às 08:54

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://epi.cepisma.ufes.br/arquivos-assinados/363992?tipoArquivo=0>

## COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE (SESA)

MODELO DE TERMO DE ANUIÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO  
DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO A SER IMPRESSO EM PAPEL COM TIMBRE DA  
INSTITUIÇÃO DE VINCULO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado ("A Utilização de Instrumentos de Rastreamento e o Cuidado de Pacientes com Depressão na Atenção Primária à Saúde"), sob responsabilidade do pesquisador (a) (Meirelli Vieira Bruzeguini) tendo como objetivo (Investigar as percepções sobre o rastreamento e o cuidado de pessoas com depressão de profissionais médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde).

Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências (Atenção Primária à Saúde – Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (qualifica-aps) e encaminhamos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

O início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI).

Ao final da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) os resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente

MEIRELLI VIEIRA BRUZEGUINI – CRM/ES 11690

15.02.2022

(Incluir nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa)

(Incluir data)

Helder Mauad

21/02/2022

(Incluir nome e carimbo da chefia imediata da instituição de origem do pesquisador)

(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ICEPI

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

FAVORÁVEL

NÃO FAVORÁVEL

Considerações:

\_\_\_\_\_

Kátia O. Pereira Bastos  
(Incluir nome e carimbo do profissional do ICEPI)

08/03/2022  
(Incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

